



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 190 (XXXIV) — Nr. 319 bis

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 31 martie 2022

SUMAR

Pagina

Anexa la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 955/181/2022 pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia	3-102
---	-------

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 955 din 31 martie 2022

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 181 din 30 martie 2022

ORDIN

pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia*)

Având în vedere Referatul de aprobare nr. AR 5.434 din 31 martie 2022 al Ministerului Sănătății și nr. DG 928 din 25 martie 2022 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. 696/2021 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 pentru anii 2021—2022, cu modificările și completările ulterioare;

— 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. I. — Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 642 și 642 bis din 30 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează conform anexei care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II. — Termenul de aplicare a prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 642 și 642 bis din 30 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se prelungește până la data de 31 decembrie 2022.

Art. III. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu data de 1 aprilie 2022.

Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan

*) Ordinul nr. 955/181/2022 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 319 din 31 martie 2022 și este reprodus și în acest număr bis.

Anexa

Modificări și completări la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022

1. Titlul Ordinului se modifică și va avea următorul cuprins:

„Ordin privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 pentru anii 2021 – 2022”

2. În Anexa nr. 1, la lit. A, la punctul 1., Nota 2 de la subpunctul 1.1. se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cadrul programului de lucru.”

3. În Anexa nr. 1, la lit. A, Nota de la subpunctul 1.6. „Activități de suport” se modifică și va avea următorul cuprins:

„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.”

4. În Anexa nr. 1, la lit. B, punctul 1, se modifică și va avea următorul cuprins:

“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.”

5. În Anexa nr. 1, la lit. B, teza a doua de la litera b. a subpct. 1.1.4.2., se modifică și va avea următorul cuprins:

„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, microalbuminurie, 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 igienico-dietetice și educație pentru auto-îngrijire.”

6. În Anexa nr. 1, la lit. B, primele trei teze de la litera a. a subpct. 1.1.4.3., se modifică și vor va avea următorul cuprins:

„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.

Inițierea intervențiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viață - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;”

7. În Anexa nr. 1, la lit. B, paragraful patru al literei b. a subpct. 1.1.4.3., se modifică și va avea următorul cuprins:

„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.”

8. În Anexa nr. 1, la litera B, la subpunctul 1.2.3, după litera c. de la Nota 1 se introduc două noi litere, literele d. și e., care vor avea următorul cuprins:

d. Pentru asigurații adulți asimptomatici, 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 testului de toleranță la glucoză per os (TTGO) și a HBA1c. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenției.

e. pentru pacienții prevăzuți la Nota 3:

- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinină serică
- Acid uric seric
- Microalbuminuria
- TTGO
- HBA1c (se recomanda în cadrul PNS 5, în baza unui formular de bilet de trimitere distinct de biletul de trimitere pentru prevenție, pe care se bifează cu x căsuța P)”

9. În Anexa nr. 1, la lit. B, după Nota 2 a subpunctului 1.2.3 se introduce o nouă Notă, Nota 3, cu următorul cuprins:

“Nota 3. Pentru pacienții prevăzuți la lit. d. de la Nota 1, care indeplinesc cel puțin una din următoarele condiții:

- a) Glicemie bazala (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 H.G. 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”

10. În Anexa nr. 1, la lit. B, pct. 1.4., se modifică și va avea următorul cuprins:

“**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 aparatul medical necesar; medicii de familie pot efectua ecografiile 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 încheiată cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional la contractul/convenția încheiată 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 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 panarițiului, 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) *1)*2) *4)
14	Supraveghere travaliu fără naștere*2) *4)
15	Naștere inopinată*2) *4)
16	Testul monofilamentului
17	Peakflowmetria *3)
18	Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicația)*2) *4)
19	Pansamente, suprimat fire*1)
20	Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor *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.

NOTA: 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.

11. În Anexa nr. 1, la lit. B, litera f) de la punctul 1.5 „Activitățile de suport” se modifică și va avea următorul cuprins:

„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”

12. În Anexa nr. 1, la lit. B, Nota 2 de la punctul 1.5 „Activitățile de suport” se modifică și va avea următorul cuprins:

„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.”

13. În Anexa nr. 1, la lit. B, subpct. 1.6.1, se abrogă.

14. În Anexa nr. 2, la art. 1, prima teză a alineatului (2), se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Suma cuvenită prin plata "per capita" pentru serviciile menționate la lit. e) se calculează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă și gen a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcție de condițiile prevăzute la lit. d), cu valoarea garantată stabilită pentru un punct. (...).”

15. În Anexa nr. 2, la art. 1, punctul 3. al literei a) de la alineatul (2), se modifică și va avea următorul cuprins:

3. Pentru un număr de până la 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână. În situația în care, pentru accesul persoanelor înscrise pe lista medicului de familie, furnizorul solicită majorarea programului de lucru al cabinetului medical cu până la două ore zilnic sau modificarea raportului prevăzut la alin. (3) lit. b) cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin, se încheie act adițional la contract. În situația în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200 programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi și/sau se poate modifica în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b) cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin. Programul de lucru zilnic la domiciliu este de cel puțin o oră.

În cazul prelungirii programului de lucru pentru o listă cuprinsă între 2.200 și 3.000 de persoane înscrise programul zilnic se majorează cu 1 oră iar pentru o listă de înscriși mai mare de 3.000 programul zilnic se majorează cu 2 ore.

16. În Anexa nr. 2, art. 1 alin. (2) litera e), se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.2.4, 1.2.5, 1.5 - cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata "per capita". Consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, 1.3 și serviciile prevăzute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), acordate începând cu 1 aprilie 2022, sunt incluse în plata "per capita" aferentă anului 2022, după aplicarea prevederilor art. 15 alin. (4) în luna decembrie.”

17. În Anexa nr. 2, la art. 1, prima teză a alineatului (3), se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Suma cuvenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical ajustat în funcție de gradul profesional, cu valoarea garantată stabilită pentru un punct. (...).”

18. În Anexa nr. 2, la art. 1, în tabelul de la lit. a) a alineatului (3), punctul 8, se modifică după cum urmează:

DENUMIRE SERVICIU MEDICAL	FRECVENȚĂ/PLAFON	NR. PUNCTE
B. PACHET DE BAZĂ		
(...)		

8. Servicii medicale diagnostice și terapeutice:	Tariful include materialele sanitare și consumabilele specifice. Se decontează potrivit art. 15 alin. (2).	
a) Spirometrie		10 puncte/serviciu
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore		20 puncte/serviciu
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă – braț		10 puncte/serviciu
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei		10 puncte/serviciu
e) Tușeu rectal		10 puncte/serviciu
f) Tamponament anterior epistaxis		15 puncte/serviciu
g) Extracție corp străin din fosele nazale		15 puncte/serviciu
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen		15 puncte/serviciu
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)		7 puncte/ședință
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie		20 puncte/serviciu
k) Sondaj vezical		20 puncte/serviciu
l) Imobilizare entorsă		15 puncte/serviciu
m) Tratatamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscențe plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)		20 puncte/serviciu
n) Supraveghere travaliu fără naștere		100 puncte/serviciu
o) Naștere inopinată		200 puncte/serviciu
p) Testul monofilamentului		10 puncte/serviciu
q) Peakflowmetrie		10 puncte/serviciu
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicația)		4,5 puncte/serviciu
s) Pansamente, suprimat fire		10 puncte/serviciu
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor		10 puncte/serviciu

19. În Anexa nr. 2, la art. 1 alin. (3), litera a.1) și litera c), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ a.1) În raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%. Pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional, conform reglementărilor legale în vigoare.

.....

c) Serviciile cuprinse la litera A și litera B subpunctele 1.1.4, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.6.2 și 1.5 pentru consultația cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, precum și consultațiile prevăzute la litera B subpunctele 1.1.2, 1.1.3 și 1.3 din anexa nr. 1 la ordin care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b), sunt incluse în plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte. Pentru fiecare caz oncologic suspionat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acordă un punctaj de 15 puncte care intră în plata pe serviciu medical. Punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice și terapeutice prevăzute în Anexa 1, litera B subpunctul 1.4.2., intră în plata pe serviciu medical.”

20. În Anexa nr. 2, articolul 6 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ART. 6

Fondul aprobat pentru anul 2022, pentru asistența medicală primară, are următoarea structură la nivel național, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct "per capita" și a valorii garantate pentru un punct pe serviciu medical:

1. fondul alocat pentru trimestrul I 2022, inclusiv suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 193 alin. (3) din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare, și suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

2. fondul alocat pentru perioada aprilie-decembrie 2022, din care:

2.1 fondul destinat plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, pentru o perioadă de maximum 6 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei și pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, format din:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați, este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, calculată prin înmulțirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

2.2 fondul destinat plății "per capita" și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între fondul prevăzut la pct. 2 și cel prevăzut la pct. 2.1, care se repartizează astfel :

a) 50% pentru plata "per capita";

b) 50% pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice.

21. În Anexa nr. 2, articolul 7 se abrogă.**22. În Anexa nr. 2, articolul 8 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“ART. 8

(1) Valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 10,0 lei, valabilă pentru anul 2022.

(2) Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, respectiv a unui punct pentru plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, este unică pe țară și este de 4,0 lei, valabilă pentru anul 2022.

23. În Anexa nr. 2, articolul 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 9 Suma convenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate, a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu medical diagnostic și terapeutic efectiv realizate cu valoarea garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical și pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic.”

24. În Anexa nr. 2, la art. 10, alineatul (2), se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus față de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea garantată a punctului per capita și/sau a punctului pe serviciu prevăzută pentru trimestrul în care s-a

produs eroarea. În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleași condiții cu cele din cursul anului curent.”

25. În Anexa nr. 2, articolul 15, se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 15

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, ecografiile generale (abdomen și pelvis) la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

Numărul de investigații paraclinice contractat nu poate depăși 3 investigații pe oră, cu obligația încadrării în valoarea contractată.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară serviciile medicale diagnostice și terapeutice acordate de medicii de familie conform curriculei de pregătire în specialitate.

La calculul punctajului serviciilor diagnostice și terapeutice se au în vedere atât serviciile acordate la nivelul cabinetului, cât și cele acordate la domiciliu, în cadrul pachetului minimal de servicii și pachetului de servicii de bază. Pentru un program de lucru la cabinet de 25 de ore pe săptămână, numărul total de puncte raportat pentru consultațiile, serviciile medicale diagnostice și terapeutice acordate în cabinet sau la domiciliu nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) programului de lucru la cabinet de 5 ore/zi îi corespunde un număr de 20 de consultații în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru (timp mediu/consultație = 15 minute);

b) punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice și terapeutice acordate, nu poate depăși 16 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 5 ore în medie pe zi la cabinet, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate și raportate în medie pe zi este de 20 consultații, calculate la nivelul unui trimestru;

c) în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 5 ore/zi la cabinet/medic, pentru fiecare consultație în minus față de 20 consultații, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.

În situația în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 30 ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice ce pot fi raportate este de 20 puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate și raportate în medie pe zi este de 24 consultații, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultație în minus față de 24 consultații, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.

În situația în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 35 ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice ce pot fi raportate este de 24 puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate și raportate în medie pe zi este de 28 consultații, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultație în minus față de 28 consultații, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.

(3) Serviciile medicale diagnostice și terapeutice se efectuează în cadrul programului de lucru sau în cadrul unui program de lucru prelungit, cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b) și art. 15 alin. (1) și (2) din prezenta anexă.

(4) Sumele rămase neconsumate în primele 11 luni ale anului din fondul aprobat pentru anul 2022, pentru asistența medicală primară, din care se scade suma estimată pentru plata activității medicilor de familie desfășurată în luna decembrie, se utilizează pentru plata în luna decembrie, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, a consultațiilor prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, și 1.3, respectiv a

serviciilor medicale prevăzute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin, realizate începând cu 1 aprilie 2022 de medicii de familie, care depășesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b), respectiv ale alin. (2) ale prezentului articol, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor, până la consumarea acestor sume.

(5) Serviciile medicale realizate de medicii de familie începând cu 1 aprilie 2022 care depășesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b) și alin. (1) și (2) ale prezentului articol, și care nu sunt decontate potrivit alin. (4) sunt incluse în plata per capita, aferentă anului 2022”

26. În Anexa nr. 3, la articolul 6, litera k) se modifică și va avea următorul cuprins:

„k) să facă publică valoarea garantată a punctului per capita și pe serviciu, prin pe pagina electronică a acestora, precum și numărul total de puncte realizate la nivel național, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

27. În Anexa nr. 3, la articolul 7, punctul 2 al lit. c), se modifică și va avea următorul cuprins:

„2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului per capita și pe serviciu; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;”

28. În Anexa nr. 3, la articolul 7, litera n), se modifică și va avea următorul cuprins:

„n) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

29. În Anexa nr. 3, la articolul 8, subpunctele 1.4 și 2.2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„1.4. Valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 10,0 lei, valabilă pentru anul 2022.

.....

2.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 4,0 lei, valabilă pentru anul 2022.”

30. În Anexa nr. 3, la articolul 8, după subpunctul 2.2, se introduce un nou punct, punctul 2¹, cu următorul cuprins:

„2¹ Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de lei, valabilă pentru anul 2022. Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.”

31. În Anexa nr. 3, articolul 9, alineatele (1) – (6) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“Art. 9 (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit

contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la valoarea garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea drepturilor bănești ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor erorilor de calcul constatate.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și nerespectarea art. 13 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c) pct. 1 și pct. 2, e) - h), j), k), m) - o), q) - v) și z), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 7 lit. ș), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. i) și p) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.”

32. În Anexa nr. 3, articolul 13, alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

“a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b) - d) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru

actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestora;”

33. În Anexa nr. 3, articolul 19, se modifică și va avea următorul cuprins:

“ ART. 19

Valoarea garantată a unui punct per capita, a unui punct pe serviciu medical, respectiv valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic sunt calculate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu sunt elemente de negociere între părți.”

34. În Anexa nr. 4, punctul VI., punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„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.”

35. În Anexa nr. 5, punctul VI., punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

“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.”

36. În Anexa nr. 6, la articolul 5, punctul 2 al literei c), se modifică și va avea următorul cuprins:

„2. pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului per capita și pe serviciu; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în convenție;”

37. În Anexa nr. 6, la articolul 5 litera n), se modifică și va avea următorul cuprins:

„n) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

38. În Anexa nr. 6, articolul 6 alineatul (1), litera a), se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea;”

39. În Anexa nr. 6, articolul 11 alineatul (1), litera a), se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b) - d) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestora;”

40. În Anexa nr. 7, litera B, prima teză a punctului 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

“1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:”

41. În Anexa nr. 7, litera B, tabelul de la punctul 1.7 Servicii diagnostice și terapeutice, se modifică și va avea următorul cuprins:

„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
6	peak-flowmetrie	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, medicină fizică și de reabilitare
7	spirometrie	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, pediatrie, medicină fizică și de reabilitare
8	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ)	alergologie și imunologie clinică
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
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
16	măsurarea forței musculare cu dinamometrul	neurologie, neurologie pediatrică, geriatrie și gerontologie, medicină fizică și de reabilitare

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
18	teste clinice (EDS, scor miastenic, UPDRS, MMS, Raisberg)	neurologie, neurologie pediatrică, psihiatrie, geriatrie și gerontologie, medicină fizică și de reabilitare
19	teste clinice: MMSE, Bilant articular (masurari tip ROM - Range Of Motion, Bilant muscular - Scala MRC (Manual Muscle Testing), Medical Research Council (MRC) Scale for Muscle Strength, Pain Analogue Visual Scale (PAVS), Walking index for spinal cord injury (WISCI II) sau American Spinal Injury Association (ASIA) standards/ Impairment Scale (AIS) scoring – with included/ adapted Frankel’s grading for describing severity of injury, Wexler’s Scale for grading of osteo-tendinous reflexes, Scala Ashworth modificata pentru evaluarea spasticitatii, Scala de evaluare a frecventei spasmelor (Penn Spasm Frequency Scale), Indicele Barthel de evaluare functionala, Evaluare cognitiva - Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Scala de evaluare a calitatii vietii – WHO Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), Chestionar Oswestry Questionnaire on Disability caused by Low Back Pain – privind dizabilitatea cauzata de durerea lombara, Scala de evaluare a independentei in activitatile zilnice (ADL), Scala internationala FAC (Functional Ambulation Categories), Scala WOMAC (WESTERN ONTARIO AND MACMASTER UNIVERSITIES ARTHRITIS INDEX), Testul Timed “Up & Go” (TUG), Scala ECOG (Performance Status Scale)	medicină fizică și de reabilitare
20	recoltare material bioptic	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
	B. Proceduri diagnostice de complexitate medie: punctaj 20 puncte	
1	determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmometrie	oftalmologie
2	tonometrie; pahimetrie corneeană	oftalmologie
3	explorarea funcției binoculare (test worth, Maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4	foniatrie	ORL
5	audiogramă*) *) Include audiometrie tonală liminară și/sau vocală.	ORL

6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	ORL
7	dermatoscopie	dermatovenerologie
8	electrocardiografie continuă (24 de ore, holter)	cardiologie, medicină internă
9	tensiune arterială continuă - holter TA	cardiologie, medicină internă
10	EKG de efort la persoanele fără risc cardiovascular înalt	cardiologie
11	EEG standard	neurologie, neurologie pediatrică
12	spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie
13	osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete	endocrinologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie, ortopedie și traumatologie, medicină fizică și de reabilitare
14	evaluarea cantitativă a răspunsului galvanic al pielii	neurologie și diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
15	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic și duplex)	neurologie, neurologie pediatrică
	C. Proceduri diagnostice complexe: punctaj 40 puncte	
1	electromiograma / electroneurograma	neurologie, neurologie pediatrică, medicină fizică și de reabilitare
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
	D. Proceduri diagnostice de complexitate superioară: punctaj 100 puncte	
1	endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, 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
	E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple: punctaj 15 puncte	
1	extracție de corpi străini - conjunctivă, cornee, scleră, segment anterior	oftalmologie
2	incizia glandei lacrimale și a sacului lacrimal	oftalmologie

3	tratatamentul chirurgical al pingueculei	oftalmologie
4	tratatamentul 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, 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	inserția dispozitivului intrauterin	obstetrică- ginecologie
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatovenerologie
17	crioterapia în leziuni cutanate	dermatovenerologie
18	tratatamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscențe plăgi (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)	dermatovenerologie, chirurgie, inclusiv chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică, ortopedie și traumatologie
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
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, tenosinoyal	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 și ortopedie 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	toate specialitățile 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, endometrioză	obstetrică- ginecologie, chirurgie generală
	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
9	terapia chirurgicală complexă a panarițiului osos, articular, tenosinoyal	chirurgie
10	terapia chirurgicală a flegmoanelor	chirurgie
11	terapia chirurgicală a hematomului	chirurgie
12	dilatația stricturii uretrale	urologie, chirurgie
13	criocoagularea (crioaplicația) transsclerală	oftalmologie
	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
2	toaleta auriculară unilateral (două proceduri)	ORL
3	administrare tratament prin injectarea părților moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)	toate specialitățile, inclusiv, medicină fizică și de reabilitare
	H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie: punctaj 11 puncte	
1	fotochimioterapie (UVA) cu oxoralen locală sau generală/ședință (maxim 4 ședințe)	dermatovenerologie
2	fotochimioterapie (UVB cu spectru îngust)/ședință (maxim 4 ședințe)	dermatovenerologie
3	mezoterapia - injectare terapeutică paravertebrală și periarticulară	neurologie, neurologie pediatrică, dermatovenerologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie, medicină fizică și de reabilitare
4	probe de re poziționare vestibulară	ORL, neurologie, neurologie pediatrică
5	imunoterapie specifică cu vaccinuri alergice standardizate	alergologie și imunologie clinică
6	administrare tratament prin puncție intravenoasă	toate specialitățile, inclusiv medicină fizică și de reabilitare
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
8	instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlată de pacient	anestezie și terapie intensivă
	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
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 instrumental 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	

42. În Anexa nr. 7, litera B, punctul 1.8 se modifică și va avea următorul cuprins:

„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”

43. În Anexa nr. 7, litera B, punctul 1.8, subpunctul 1.8.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.8.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

Servicii de sănătate conexe actului medical:	Tarif pe serviciu 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;	15 puncte/ședință
a3) servicii conexe furnizate de fizioterapeuți	
a3.1) kinetoterapie individuală;	30 puncte/ședință
a3.2) kinetoterapie de grup;	15 puncte/ședință

a3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice /dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate.	15 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	15 puncte/ședință
b2.2) exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)	15 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) - 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
c2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped: consiliere/intervenție de psihopedagogie specială – logoped	15 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	30 puncte/ședință
c3.2) kinetoterapie de grup	15 puncte/ședință
c3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/ dispozitive electromecanice /dispozitive robotizate	15 puncte/ședință
d) Reumatologie în condițiile prevăzute la punctul 1.8.2	
Servicii furnizate de fizioterapeut:	
d1) kinetoterapie individuală	30 puncte/ședință
d2) kinetoterapie de grup	15 puncte/ședință
d3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	15 puncte/ședință

e) Ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică în condițiile prevăzute la punctul 1.8.2	
Servicii furnizate de fizioterapeut:	
e1) kinetoterapie individuală	30 puncte/ședință
e2) kinetoterapie de grup	15 puncte/ședință
e3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice /dispozitive robotizate	15 puncte/ședință
f) Oncologie medicală	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice	30 puncte/ședință
g) Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu diagnostic confirmat de diabet zaharat	30 puncte/ședință
h) Hematologie	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie : consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice	30 puncte/ședință
i) Nefrologie și nefrologie pediatrică	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu insuficiență renală cronică – dializă	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	30 puncte/ședință
k) Cardiologie în condițiile prevăzute la punctul 1.8.2, numai pentru pacienții cu afecțiuni post infecție Covid – 19 sau agravări post infecție Covid - 19	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică, pentru pacienți cu afecțiuni post infecție Covid – 19 sau agravări post infecție Covid - 19	30 puncte/ședință
Servicii furnizate de fizioterapeut:	
k1) kinetoterapie individuală	30 puncte/ședință
k2) kinetoterapie de grup	15 puncte/ședință
k3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	15 puncte/ședință
l) Pneumologie în condițiile prevăzute la punctul 1.8.2, numai pentru pacienții cu afecțiuni post infecție Covid – 19 sau agravări post infecție Covid - 19	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică, pentru pacienți cu afecțiuni post infecție Covid – 19 sau agravări post infecție Covid - 19	30 puncte/ședință
Servicii furnizate de fizioterapeut:	
l1) kinetoterapie individuală	30 puncte/ședință

l2) kinetoterapie de grup	15 puncte/ședință
l3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	15 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	15 puncte/ședință
m2.2) exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)	15 puncte/ședință
m3) Servicii furnizate de fizioterapeut:	
m3.1) kinetoterapie individuală	30 puncte/ședință
m3.2) kinetoterapie de grup	15 puncte/ședință
m3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	15 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;	15 puncte/ședință
n3) servicii conexe furnizate de fizioterapeut	
n3.1) kinetoterapie individuală	30 puncte/ședință
n3.2) kinetoterapie de grup	15 puncte/ședință
n3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	15 puncte/ședință

”

44. În Anexa nr. 7, litera B, punctul 1.8, subpunctele 1.8.2 și 1.8.3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„1.8.2. Serviciile de kinetoterapie 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 C;

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, medicul de medicină fizică și de reabilitare, respectiv medicul cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative și psiholog/logoped.

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.”

45. În Anexa nr. 7, litera B, tabelul de la punctul 2 - Lista specialităților clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate, după poziția numărul 42, se adaugă o nouă poziție, poziția numărul 43 cu următorul cuprins:

“

43	Medicină fizică și de reabilitare
----	-----------------------------------

“

46. În Anexa nr. 7, litera B, tabelul de la punctul 4 se modifică și va avea următorul cuprins:

“

	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, respectiv de medicină fizică și de reabilitare peste vârsta de 4 ani	14,40 puncte	
h. Consultația pentru îngrijiri paliative	18,00 puncte	

“

47. În Anexa nr. 7, litera B, punctul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

„6. Medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicii din specialitatea medicină fizică și de reabilitare pot efectua ecografiile cuprinse în anexa nr. 17 la prezentul ordin ca o consecință a actului medical propriu pentru asigurații 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.”

48. În Anexa nr. 8, articolul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 1 (1) Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau pe serviciu medical - consultație/caz exprimat în lei.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare și medicilor cu atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu contravaloarea consultațiilor la distanță pentru afecțiunile cronice și pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, la același tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte ca cel aferent consultațiilor efectuate în cabinetul medical.”

49. În Anexa nr. 8, articolul 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 3 (1) Numărul total de puncte raportat pentru consultațiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) pentru specialități clinice și pentru medicii care lucrează exclusiv în planificare familială, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 minute);

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică, și pentru medicii care lucrează în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatică, precum și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute);

c) pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depăși, după caz, 150/153/154 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 7 ore/zi;

d) pentru specialitățile clinice, în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic/cabinet, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultații; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultații; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatică, precum și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultații.

Pentru fiecare consultație în plus față de 19 consultații pentru specialitățile clinice, respectiv 9 consultații pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică sau 14 consultații pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatică și specialitatea medicină fizică și de reabilitare ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi în condițiile raportării și de servicii medicale cu un punctaj aferent de 150 puncte/153 puncte/154 puncte, după caz, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale scade cu câte 17 puncte pentru specialitățile clinice, respectiv cu 30 de puncte pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică și cu 22 de puncte pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatică, precum și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare.

În situația în care programul de lucru al unui medic/cabinet este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale crește sau scade corespunzător.

În situația în care adresabilitatea asiguraților la cabinetul medical depășește nivelul prevederilor menționate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile.

(2) Serviciile de sănătate conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care aceștia sunt în relație contractuală.

Punctajul aferent serviciilor de sănătate conexe actului medical care pot fi raportate, pentru unul sau mai mulți asigurați indiferent de tipul serviciului conex, de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăși 90 de puncte în medie pe zi, convenite celui/celor care le prestează, reprezentând servicii conexe, cu excepția medicului de specialitate psihiatrie pediatică pentru care punctajul nu poate depăși 360 de puncte în medie pe zi.

Pentru desfășurarea activității, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți furnizori de servicii de sănătate conexe.

Pentru desfășurarea activității, furnizorul de servicii de sănătate conexe poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți medici din specialitățile clinice care pot solicita servicii de sănătate conexe. Serviciile conexe se recomandă de către medicii de specialitate utilizând scrisoarea medicală al cărei model este prevăzut în anexa 43 la prezentul ordin.

Pentru asigurarea calității în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare și de îngrijiri paliative în ambulatoriu, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare/îngrijiri paliative în ambulatoriu și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă că își desfășoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat potrivit prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001, și după caz, organizate potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, cu modificările și completările ulterioare, acte doveditoare care să conțină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, avizul de liberă practică/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de activitate și tipul de servicii de sănătate conexe conform anexei nr. 7 la prezentul ordin și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Numărul serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic pot fi raportate cu încadrarea în suma contractată, funcție de tipul fiecărui serviciu și durata acestuia, precum și de programul de lucru al cabinetului stabilit pentru efectuarea acestor servicii. Maxim 50% din programul de lucru al cabinetului poate fi contractat pentru serviciile medicale de spitalizare de zi ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic.”

50. În Anexa nr. 8, articolul 4 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 4

(1) Suma cuvenită lunar medicilor de specialitate din specialitățile clinice inclusiv medicilor de specialitate medicină fizică și de reabilitare și medicilor cu competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu se calculează prin înmulțirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale acordate, cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Numărul total de puncte realizat în fiecare lună se majorează în raport cu:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea - majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistență medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical. Recalcularea

numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 4 lei.

(4) Fondul aprobat pentru anul 2022, pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, are următoarea structură la nivel național, în vederea stabilirii valorii garantate pentru un punct pe serviciu medical:

1. fondul alocat pentru trimestrul I 2022, inclusiv suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 193 alin. (3) din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare, și suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

2. fondul alocat pentru perioada aprilie-decembrie 2022.”

(5) Sumele rămase neconsumate în primele 11 luni ale anului din fondul aprobat pentru anul 2022, pentru asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, din care se scade suma estimată pentru plata activității medicilor de specialitate clinică, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare desfășurată în luna decembrie, se utilizează pentru plata serviciilor medicale realizate de medicii de specialitate clinică, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, care depășesc limitele stabilite la art. 3 alin. (1), în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor, până la consumarea acestor sume.”

51. În Anexa nr. 8, alineatele (1) și (2) ale articolului 5 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ART. 5

(1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite medicilor de specialitate din specialitățile clinice inclusiv medicilor de specialitate medicină fizică și de reabilitare.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităților clinice, inclusiv specialității medicină fizică și de reabilitare se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus față de cel efectiv realizat într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea garantată a punctului pe serviciu prevăzută pentru trimestrul în care s-a produs eroarea.”

52. În Anexa nr. 8, alineatul (1) al articolului 8 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 8

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, inclusiv al furnizorilor de servicii medicale clinice de medicină fizică și de reabilitare, planificare familială, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu, facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.”

53. În Anexa nr. 8, primul paragraf al articolului 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 9 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice, inclusiv a serviciilor medicale clinice de medicină fizică și de reabilitare, planificare familială, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu, care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la prezentul ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate. (...)”

54. În Anexa nr. 8, articolul 10 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 10

(1) În cabinetele medicale din ambulatoriu de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați medici, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001.

Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz și semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente.

Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitățile clinice, inclusiv specialitatea de medicină fizică și de reabilitare, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative la domiciliu, cabinetele medicale individuale - organizate conform reglementărilor în vigoare - pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum și servicii de sănătate conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).”

55. În Anexa nr. 8, articolul 11 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 11

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv serviciilor medicale clinice de medicină fizică și de reabilitare, acupunctură și îngrijiri paliative la domiciliu acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialități clinice, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în anexa nr. 13 la prezentul ordin și serviciilor de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și a consultațiilor la distanță acordate de către medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv de către medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare sau de către medicii care lucrează în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu.

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, 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/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

Pentru 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 furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

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 din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialități clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate pentru afecțiunile acute și subacute de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Biletele de trimitere pentru specialități clinice pentru afecțiunile cronice și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice.

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 de medicină fizică și de reabilitare. Furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu păstrează biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Biletul de trimitere pentru specialități clinice recomandate de medicul de familie, care are evidențiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialități clinice de la data la care acesta se implementează.

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) Medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicii de specialitate de medicină fizică și de reabilitare recomandă investigații paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigațiile și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigații paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează. În situația în care într-un cabinet din ambulatoriul de specialitate clinic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se recoltează probă/probe în vederea efectuării unor examinări histopatologice-citologice și servicii medicale paraclinice de microbiologie în regim ambulatoriu, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul de specialitate din ambulatoriu, din care un exemplar va însoți proba/probele recoltată/recoltate pe care medicul o/le trimite la furnizorul de investigații paraclinice de anatomie patologică. La momentul recoltării probei/probelor, asiguratul declară pe propria răspundere că nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

(6) Medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii de îngrijiri medicale la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzut în anexa nr. 31 C la prezentul ordin.

(7) Medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare și medicii cu atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii paliative la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzut în anexa nr. 31 D la prezentul ordin.”

56. În Anexa nr. 8, articolul 12 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 12

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv ale medicilor de specialitate medicină fizică și de reabilitare, întâlniri cu medicii de specialitate pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.”

57. În Anexa nr. 9, la punctul I „Părțile contractante”, după forma de organizare “- Cabinet medical de îngrijiri paliative în ambulatoriu organizat conform dispozițiilor legale în vigoare” se adaugă o nouă formă de organizare, cu următorul cuprins:

“- Societăți de turism balnear și de medicină fizică și de reabilitare, constituite conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 143/2003”.

58. În Anexa nr. 9, articolul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative, conform Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 pentru anii 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.... 2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021.”

59. În Anexa nr. 9, articolul 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.....2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 în următoarele specialități și competențe/atestate de studii complementare - pentru acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative:

- a)
- b)

60. În Anexa nr. 9, articolul 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative se face de către următorii medici:

1.

2.;
3.;
4.;
-”

61. În Anexa nr. 9, litera m) a articolului 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

„m) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv serviciilor de medicină fizică și de reabilitare, de acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate de medici conform specialității clinice și atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătății și care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021;”

62. În Anexa nr. 9, punctul 2 al literei a) și punctul 2 al literei c) de la articolul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) (...) 2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

.....

c) (...) 2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicul din specialitatea medicină fizică și de reabilitare eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;”

63. În Anexa nr. 9, litera l) și o) a articolului 7 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„l) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate.

.....

o) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în norme, serviciilor de planificare familială, precum și a serviciilor medicale diagnostice - caz. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare se stabilește prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021. Pentru pacienții din statele membre 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, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca 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. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. 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 serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;”

64. În Anexa nr. 9, alineatul (2) al articolului 8 se modifică și va avea următorul cuprins:

“(2) Valoarea garantată a unui punct este unică pe țară; pentru anul 2022 valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de lei.”

65. În Anexa nr. 9, alineatul (1) al articolului 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 9

(1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

Până la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea drepturilor bănești convenite, ca urmare a regularizării erorilor de calcul constatate.”

66. În Anexa nr. 9, alineatele (1) – (4) ale articolului 13 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 13

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), d), g), i), k) - m), p) - ș), v), w) precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru medicii din specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(3) În cazul în care se constată în derularea contractului, de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. o) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru medicii din specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. f), h) și n) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea-garantată a unui punct per serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situații.”

67. În Anexa nr. 9, litera e) a articolului 15 se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv de servicii medicale din specialitatea medicină fizică și de reabilitare, de servicii de planificare familială, acupunctură și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;”

68. În Anexa nr. 9, articolul 20 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 20 Valoarea garantată a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.”

69. În Anexa nr. 9, titlul actului adițional de la finalul anexei se modifică după cum urmează:

“ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografiile efectuate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv de medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare”

70. Titlul Anexei nr. 10, se modifică și va avea următorul cuprins:

„CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE PENTRU SPECIALITATEA CLINICĂ MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ÎN BAZELE DE TRATAMENT”

71. În Anexa nr. 10, Punctul 1 de la lit. A se modifică și va avea următorul cuprins:

„Servicii medicale - serii de proceduri - în specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament

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

Nr. crt.	PROCEDURI SPECIFICE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ÎN BAZELE DE TRATAMENT
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.	Ultrasunet
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.	Contrația izometrică electrică
20.	Stimulare electrică funcțională/neuromusculară
21.	Băi Stanger
22.	Băi galvanice
23.	Duș subacval
24.	Aplicații cu parafină
25.	Băi sau pensulații cu parafină
26.	Masaj regional
27.	Masaj segmentar

28.	Masaj reflex
29.	Limfmasaj
30.	Aerosoli individuali
31.	Pulverizație cameră
32.	Hidrokinetoterapie individuală generală
33.	Hidrokinetoterapie parțială
34.	Kinetoterapie individuală
35.	Traucțiuni 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

Procedurile de la pct. 1 - 38, 47 - 53 sunt efectuate în baza de tratament. Procedurile de la pct. 39 - 46 sunt efectuate numai în bazele de tratament din 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 C din prezentul ordin.

1.1.1. Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament este de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția copiilor 0 - 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă 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 consemnată în Planul de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare.

1.1.2. Seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament 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 bazele de tratament din stațiunile balneoclimatice se decontează maximum 4 proceduri/zi, din care 2 proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare cu factori terapeutici naturali.

1.2 Lista afecțiunilor la adult și copil, pentru care pot fi acordate serviciile de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament 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 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 C 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 bazele de tratament, care se decontează pentru un asigurat este de 28 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 și 38. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament, care se decontează pentru un asigurat este de 42 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 și 38. Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporțional conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zi / 4 x tarif pe zi de tratament.

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)".

72. În Anexa nr. 10, Punctul B se modifică și va avea următorul cuprins:

„1. 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, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament 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 C 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 în baze de tratament 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 C 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”.

73. Titlul Anexei nr. 11, se modifică și va avea următorul cuprins:

„MODALITĂȚILE DE PLATĂ în asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament”.

74. În Anexa nr. 11, articolului 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART: 1 (1) Furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, încheie contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu în baze de tratament cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 10 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere: numărul de servicii medicale - zi de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament, care este de 28 de lei sau 42 de lei. Tariful pe zi de tratament este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la subpunctul 1.1. de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu excepția pozițiilor 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38 și este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la subpunctul 1.1. de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38.

(3) Suma contractată se stabilește conform anexei nr. 11 B la ordin și se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

(4) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament conform prevederilor din anexa nr. 11 B la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract, începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament.

(5) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament se redistribuie la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare în cadrul unui trimestru, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră și se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional.

În situația în care la unii furnizori de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârșitul trimestrului pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică 42 lei reprezentând contravaloarea unei zile de tratament cu cel puțin o procedură pe zi dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

În trimestrul IV 2022, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 42 de lei reprezentând contravaloarea unei zile de tratament cu cel puțin o procedură pe zi dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consum mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament decontate de casa de asigurări de sănătate.

(6) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrială furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, dacă este cazul.

(7) În vederea contractării numărului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament și a numărului de zile de tratament de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se au în vedere serviciile medicale zi de tratament care se acordă în bazele de tratament, se contractează și raportează în vederea decontării pentru un număr de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți, cu excepția copiilor 0 - 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

(8) Tarifele au în vedere cheltuielile aferente serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament și zile de tratament de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament.

(9) Fondurile suplimentare aprobate în cursul anului 2022 cu destinația de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte noi, respectiv de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament și numărul de zile de tratament de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament acordate asiguraților de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în anexa nr. 11 B la ordin, precum și reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(10) Decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se suportă din fondul aferent asistenței medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament.

(11) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, al cărui model se regăsește în anexa nr. 11 C la prezentul ordin.

(12) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate în limita sumelor contractate se face în funcție de numărul de zile de tratament de medicină fizică și de reabilitare realizat în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele prevăzute la alin. (2). Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporțional conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament”.

75. În Anexa nr. 11, alineatul (1) al articolului 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 2 (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme”.

76. În Anexa nr. 11, articol 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 3 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament care nu se regăsesc în anexa nr. 10 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la baza de tratament, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat.”

77. În Anexa nr. 11, articolul 4 se abrogă.

78. În Anexa nr. 11, articolul 5 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 5 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament acordate 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 este prevăzut în Anexa nr. 11 C la ordin;

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, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și reabilitare în bazele de tratament acordă servicii medicale 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/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană. /Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

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 în bazele de tratament acordate pe teritoriul României, serviciile se acordă 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 este prevăzut în ordin.

(2) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența Planurilor eliberate de medicii de specialitate de medicină fizică și de reabilitare în baza cărora au fost efectuate serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

(3) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament au obligația să verifice Planurile eliberate de medicii de specialitate de medicină fizică și de reabilitare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă.”

79. În Anexa nr. 11, alineatul (1) al articolului 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații pe seria de proceduri; nivelul minim al coplății este de 5 lei pe toată seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe toată seria de proceduri. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii”.

80. În Anexa nr. 11, articolul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de specialitate întâlniri cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.”

81. Anexa nr. 11 A se abrogă.

82. Titlul Anexei nr. 11 B se modifică și va avea următorul cuprins:

„CRITERII privind selecția furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament și repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu în bazele de tratament”

83. Titlul Capitolului I din Anexa nr. 11 B se modifică și va avea următorul cuprins:

„Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu în bazele de tratament.”

84. În anexa nr. 11 B, prima teza a Capitolului I se modifică și va avea următorul cuprins:

„Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție”.

85. În anexa nr. 11 B, punctele 2 și 3 ale Capitolului I, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament pentru a căror furnizare încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

3. Să facă dovada că pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul bazei de tratament/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină fizică și de reabilitare care își desfășoară într-o formă legală profesia la baza de tratament/punctul de lucru respectiv.”

86 În anexa nr. 11 B, prima teză a Capitolului II, literele A și B, precum și primele teze de la descrierile literelor A și B, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se au în vedere următoarele criterii:”

- | | |
|---|-----|
| A. Evaluarea capacității resurselor tehnice | 40% |
| B. Evaluarea resurselor umane | 60% |

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

Ponderea acestui criteriu este de 40%.

B. Evaluarea resurselor umane:

Ponderea acestui criteriu este de 60%.”

87. În anexa nr. 11 B, a doua teză a punctului A. din Capitolul II, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din baza de tratament obține un punctaj corespunzător acestui criteriu”.

88. În Anexa nr. 11 B, literele a) - c) ale punctului A. din Capitolul II, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament 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 bazei de tratament sunt aceleași cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte documentele pentru aparatul/aparatele deținute din care să reiasă: anul fabricației, seria și numărul, numărul de canale și numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective pentru care încheie contract de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament cu casa de asigurări de sănătate”.

89. În Anexa nr. 11 B, a doua teză a lit. e) de la punctul A. din Capitolul II, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Fac excepție furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament 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 medico – sanitar al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor H.G. nr. 696/2021 și într-un program de lucru distinct”.

90. În Anexa nr. 11 B, primul tabel de la Litera A1 a Capitolului II, se modifică și va avea următorul cuprins:

„A.1. Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

Nr. crt.	Tip aparat	Puncte	Nr. maxim de proceduri/oră
1.	Aparate de electroterapie pentru 1 pacient (cu un canal)	10 puncte/aparat	3
2.	Aparate de electroterapie pentru 2 pacienți tratați simultan (2 sau mai multe canale)	20 puncte/aparat	6
3.	Baie galvanică și alternantă	20 puncte/aparat	2
4.	Aparate de magnetoterapie	10 puncte/aparat	3
5.	Unde scurte	10 puncte/aparat	3
6.	ESWT (unde de șoc)	15 puncte/aparat	3
7.	TECAR	15 puncte/aparat	2
8.	Aparate cu energie luminoasă (laserterapie sub 900 mW, ultraviolete, infraroșii)	10 puncte/aparat	5
9.	Aparat laser continuu sau pulsant peste 900 mW	15 puncte/aparat	5
10.	Aparate de parafină sau termopack	10 puncte/aparat	3 aplicații/ canapea/pat/ oră
11.	Aparate pentru drenaj limfatic	10 puncte/aparat	2
12.	Aparat pentru ultrasonoterapie	10 puncte/aparat	5
13.	Aparat pentru aerosoli	10 puncte/aparat	4
14.	Cadă de hidroterapie	10 puncte/1 cadă	2
15.	Cadă de hidroterapie cu duș subacval sau cu bule	20 puncte/1 cadă	2
16.	Dispozitive de dușuri terapeutice (scoțian, alternativ etc.)	20 puncte/dispozitiv	2
17.	Echipament de elongație	15 puncte/echipament	2
18.	Covor rulant (echipament) pentru recuperarea mersului	15 puncte/ echipament	2
19.	Cicloergometru	10 puncte/ echipament	3
20.	Aparat pentru antrenarea echilibrului	20 puncte/aparat	2
21.	Aparat reabilitare mână	10 puncte/aparat	3
22.	Aparat reabilitare genunchi	10 puncte/aparat	3
23.	Aparat reabilitare gleznă	10 puncte/aparat	3

24.	Aparat multifuncțional pentru creșterea forței pe grupe musculare	15 puncte/aparat	3
25.	Bare paralele pentru reeducarea mersului	10 puncte/ echipament	3
26.	Cușcă Rocher	15 puncte/ echipament	3
27.	Platformă electrică de verticalizare la diverse unghiuri și încărcare procentuală a greutății	20 puncte/ echipament	2
28.	Covor rulant dotat cu echipament antigraitațional pentru reeducarea mersului	20 puncte/ echipament	2
29.	Aparat subacvatic de mobilitate și forță	30 puncte/aparat	2
30.	Covor rulant subacvatic de mers	30 puncte/ echipament	2
31.	Dispozitive robotizate pentru reeducarea membrului superior, membrului inferior, mersului și echilibrului	40 puncte/ dispozitiv	2
32.	Aparat pentru respirație cu presiune pozitivă intermitentă	15 puncte/aparat	2
33.	Dispozitiv mecanic pentru masaj pneumatic al extremităților	10 puncte/aparat	3
34.	Aparat pentru crioterapie	10 puncte/aparat	3

“

91. În anexa nr. 11 B, teza a doua de la litera B din Capitolului II, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din bazele de tratament - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu”.

92. În anexa nr. 11 B, litera a) de la litera B din Capitolului II, se modifică și va avea următorul cuprins:

“a. medic în specialitatea medicină fizică și de reabilitare - 20 puncte/medic/1 normă

Nume și prenume medic	Număr de ore	Punctaj

“

93. În anexa nr. 11 B, teza a șasea de la litera B din Capitolului II, se modifică și va avea următorul cuprins:

“Program de activitate săptămânal al bazei de tratament -7 ore/zi:

- 5 zile/săptămână = 2 puncte

- Peste 5 zile/săptămână = câte 1 punct pentru fiecare zi în plus

- Pentru 2 x 7 ore /5 zile pe săptămână = 5 puncte

- 5 zile/săptămână/mai mult de 7 ore pe zi și mai puțin de 14 ore pe zi = punctaj proporțional cu

programul de activitate declarat

- TOTAL puncte

94. După Anexa nr. 11 B se introduce o nouă Anexă, Anexa nr. 11 C, cu următorul cuprins:

“ANEXA 11 C

- MODEL -

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE/
UNITATEA SANITARĂ CU PATURI.....**

C.U.I.

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

NUME MEDIC.....

COD PARAFĂ MEDIC.....

Numele și prenumele asiguratului

Codul numeric al asiguratului/cod unic de asigurare.....

Diagnostic medical și diagnostic boli asociate.....

(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice)

Perioada pentru care se recomandă procedure specifice de medicină fizică și de reabilitare
**).

Număr telefon asigurat

Domiciliul Asiguratului.....

PLAN DE PROCEDURI SPECIFICE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE

Nr./*)

Vă informăm că doamna/domnul....., a fost consultat/ă în serviciul nostru la data de..... și se recomandă următorul plan terapeutic:

PLAN TERAPEUTIC

Nr.Crt	Denumire proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare cf. Anexei nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021	Număr proceduri	Durata procedurii	Indicații specifice

Indicație de revenire pentru reevaluare:

- da, revine pentru reevaluare în termen de
- nu, nu este necesară revenirea pentru reevaluare

Termenul de valabilitate al Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare este de:zile, dar nu mai mult de 90 de zile calendaristice de la data emiterii Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare, fără a lua în calcul ziua în care a fost emis planul.

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

**) 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 copiilor 0 - 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă 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.

NOTĂ:

1. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza Planurilor de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în care este nominalizat furnizorul de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament.

2. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza Planurilor de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare care nu cuprind diagnosticul stabilit și denumirea procedurilor specifice, conform Anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2021.

Data

Semnătura și parafa medicului

.....

Data, numele și prenumele în clar
și semnătura asiguratului,

.....

Calea de transmitere:

- prin asigurat
- prin mijloace de comunicare electronică.....

Planul de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice, iar un exemplar este înmănat/transmis asiguratului.”

95. Titlul Anexei nr. 12, se modifică și va avea următorul cuprins:

„CONTRACT de furnizare de servicii medicale în asistența medicală pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament”

96. În Anexa nr. 12, articolul 1 de la Capitolul II, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în baze de tratament în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 pentru anii 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021”.

97. Titlul de la Capitolul III din Anexa nr. 12, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament”.

98. În Anexa nr. 12, articolul 2 de la Capitolul III, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Furnizorul acordă tipurile de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament asiguraților, conform anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021”.

99. În anexa nr. 12, articolul 3 de la Capitolul III, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament se face de către următorul personal medico sanitar”.

100. În Anexa nr. 12, articolul 4 de la Capitolul III, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, acordate în bazele de tratament în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021”.

101. În anexa nr. 12, literele a), b) și k) - n) ale articolului 7 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, în bazele de tratament la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract.

.....

k) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament au în dotare aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

l) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe zi de tratament, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 .

m) să deconteze serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

n) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor art. 45 alin. (2) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractul-Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022.”

102. În anexa nr. 12, articolul 8 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 8 Furnizorul de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament au următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afișare într-un loc vizibil),

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să țină evidența serviciilor de medicină fizică și de reabilitare, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata serviciului prin completarea unei fișe de tratament întocmite conform recomandărilor din Planul eliberat de medicul de specialitate de medicină fizică și de reabilitare;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde asiguraților serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 11 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul bazei de tratament/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină fizică și de reabilitare care își desfășoară într-o formă legală profesia la baza de tratament/punctul de lucru respectiv; programul de

lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

j) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

k) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

l) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond;

m) să acorde servicii de asistență medicală de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament asiguraților 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 este prevăzut în Anexa nr. 11 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021. Pentru pacienții din statele membre 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, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale în aceleași condiții ca 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. 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 serviciile medicale acordate pe teritoriul României, serviciile se acordă pe baza Planului proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în Anexa nr. 11 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021;

n) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile”.

o) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

p) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

q) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. p), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

103. În anexa nr. 12, articolul 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în bazele de tratament în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical -zi de tratament, exprimat în lei, pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021”.

104. În anexa nr. 12, articolul 10 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numarul de servicii-Zile de tratament Negociat(orientativ)	Tarif pe serviciu medical-zi de tratament*)	Valoare lei
0	1	2	3=1x2

Zile de tratament aferele seriilor de proceduri			
---	--	--	--

*) Tariful pe serviciu medical - zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - zi de tratament și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de lei”.

105. În anexa nr. 12, alineatele (1) și (3) ale articolului 11, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în bazele de tratament în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de zile de tratament medicină fizică și de reabilitare realizate în bazele de tratament și a tarifului pe zi de tratament în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de

Tarifele pe zi de tratament se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporțional conform formulei: nr. proceduri recomandate și efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

În situația în care la unii furnizori de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârșitul trimestrului pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică de 42 de lei reprezentând contravaloarea unei zile de tratament cu cel puțin o procedură pe zi dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38 din tabelul de la punctul 1.3, litera A din Anexa 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021, reprezentând contravaloarea unei zile de tratament, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

În trimestrul IV 2022, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma

lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 42 de lei reprezentând contravaloarea unei zile de tratament cu cel puțin o procedură pe zi dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38 din tabelul de la punctul 1.3, litera A din Anexa 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021, reprezentând contravaloarea unei zile de tratament, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consum mediu lunar se referă la contravaloarea numărului de zile de tratament decontate de casa de asigurări de sănătate.

.....
 (3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare bază de tratament cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Categorie personal medico-sanitar

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

*) În cazul bazelor de tratament din ambulatoriul integrat al spitalului și din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică organizat în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru baza de tratament, precum și cu datele aferente tuturor persoanelor care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

106. În anexa nr. 12, articolul 12 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Plata serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, acordate în bazele de tratament în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr., deschis la Banca ”

107. Titlul Capitolului VII din Anexa nr. 12, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Calitatea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament”

108. Articolul 13 de la Capitolul VII din Anexa nr. 12, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare **în bazele de tratament**, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare”.

109. În anexa nr. 12, articolul 15 de la Capitolul VIII se modifică și va avea următorul cuprins:

„Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare”.

110. În anexa nr. 12, articolul 18 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 lit. a), c), d), g), j), k), n) și o) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

c) la a treia constatare se va diminua cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate precum și de alte organe competente, nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 lit. m) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 lit. f), h) și l) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data

primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care a nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor, după caz.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație”.

111. În anexa nr. 12, prima teză a alineatului (1) al articolului 19 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații”.

112. În anexa nr. 12, litera f) de la alineatul (1) al articolului 19 se modifică și va avea următorul cuprins:

“f) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.”

113. În anexa nr. 12, prima teză a articolului 20 se modifică și va avea următorul cuprins:

“Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:”

114. În anexa nr. 12, literele e) și g) ale articolului 20 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„e) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a personalului medico – sanitar, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestora), cu recuperarea contravalorii acestor servicii;”

.....
„ g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului/personalului medico-sanitar timp de 3 zile consecutive”.

115. În anexa nr. 12, litera h) a articolului 20 se abrogă.

116. În anexa nr. 12, prima teză a articolului 21 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:”

117. În anexa nr. 12, literele a1), a2) și d) ale articolului 21 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a1) furnizorul de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, după caz;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal”.

118. În anexa nr. 12, prima teză a articolului 24 al Capitolului XI se modifică și va avea următorul cuprins:

„Correspondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul bazei de tratament declarat în contract”.

119. Capitolul XIV din Anexa nr. 12 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ XIV. Alte clauze

.....

.....

„Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă”.

120. În Anexa nr. 12 Actul adițional pentru serviciile medicale paraclinice-ecografii efectuate de medicii de specialitate din specialitatea medicină fizică și reabilitare se abrogă.

121. În Anexa nr. 14, tabelul de la litera A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ, se modifică și va avea următorul cuprins:

Cod	Acte terapeutice	Tarif - lei -	Suma decontată de CAS		
			Copii 0 – 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale
1.*)	Consultație - include modelul de studiu, după caz, controlul oncologic stomatologic, evidențierea plăcii dentare prin colorare, după caz și igienizarea bucală *) Se acordă o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat peste 18 ani și o consultație la 6 luni pentru copii până la 18 ani.	133	100%	100%	100%
2.	Tratamentul cariei simple	140	100%	100%	100%
2.1.	Obturația dintelui după tratamentul afecțiunilor pulpare sau al gangrenei	185	100%	60%	100%
2.2.	Tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare/ dinte	175	100%	100%	100%
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie	240	100%	60%	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	70	100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare	280	100%	60%	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	170	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afecțiunilor parodonțiului cu anestezie	117	100%	100%	100%
7.1.	Tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale	68	100%	60%	100%
8.	Extracția dinților temporari cu anestezie	68	100%		
9.	Extracția dinților permanenți cu anestezie	145	100%	60%	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	100	100%	100%	100%
11.	Decapușonarea	78	100%		
12.	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulare	77	100%	100%	100%
13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă ***) Se acordă o dată la 4 ani.	1020		100%	100%
13.1 ****)	Reparație proteză ****) Se acordă de două ori pe an.	123		100%	100%
13.2 ****)	Rebazare proteză ****) Se acordă de două ori pe an.	180		100%	100%
14.	Element protetic fizionomic	200	100%	60%	100%
15.	Element protetic semi-fizionomic	230	100%	60%	100%
16.	Reconstituire coroană radiculară	235	100%	60%	100%
17. *****)	Deconținerea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiță și capelină	772	100%		
18.	Reeducarea funcțională prin exerciții, miogimnastică, etc. / ședință	20	100%		
19. *****)	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	975	100%		
20.	Șlefuirea în scop ortodontic/ dinte	25	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.	520	100%	100%*1)	
22.	Menținătoare de spațiu mobile	585	100%		
23. *****)	Sigilare/dinte *****) O procedură decontată la 2 ani.	97	100%		
24.	Fluorizare (pe o arcadă dentară) *2) se decontează pentru copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 14 ani	84	100%*2)		

122. În Anexa nr. 14, punctele 1, 2, 3 și 8 din Nota de sub tabelul de la litera A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ, se modifică și vor avea următorul cuprins:

“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 din tabel.

8. Tarifele pentru actele terapeutice prevăzute la codurile 2, 2.1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 20, 23 sunt corespunzătoare pentru o unitate dentară - pentru un dinte.”

123. În Anexa nr. 14, tabelul de la litera B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ se modifică și va avea următorul cuprins:

“B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice	Tairf - lei -	Suma decontată de CAS
1.*)	Consultație - include modelul de studiu, după caz, controlul oncologic stomatologic, evidențierea plăcii dentare prin colorare, după caz și igienizarea bucală *) Se acordă o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat peste 18 ani și o consultație la 6 luni pentru copii până la 18 ani.	133	100%
2.2.	Tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare/dinte	175	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	70	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	170	100%
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie	117	100%
10.*)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei *) În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate.	100	100%
12.	Reducerea luxației articulației temporo- mandibulare	77	100%
13.1**)	Reparație proteză **) Se acordă o dată pe an.	123	100%
13.2**)	Rebazare proteză **) Se acordă o dată pe an.	180	100%

124. În Anexa nr. 14, punctul 1 din Nota de sub tabelul de la litera B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ ACORDAT PERSOANELOR NEASIGURATE, se abrogă.

125. În Anexa nr. 15, la articolul 3, litera e) de la alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“e) suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 4.000 lei/lună. Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.”

126. În Anexa nr. 16, litera k) de la art. 7, se modifică și va avea următorul cuprins:

“k) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate”

127. În anexa nr. 17, litera A, la pct. 1 Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator, la “Biochimie serică și urinară” după punctul 40 se introduc două noi puncte 40.1 și 40.2 cu următorul cuprins:

40.1	2.1020.1	TTGO (test de toleranța la glucoza per os) *10)	35
40.2	2.1026	HBA1c *10)	20

128. În anexa nr. 17, litera A, după precizarea de la *9) de la Nota 1 de sub tabelul de la pct. 1 Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator, se introduce o nouă precizare *10), cu următorul cuprins:

“*10) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie pentru pacienții adulți asimptomatici, de orice vârstă, în cadrul serviciilor medicale preventive.”

129. În anexa nr. 17, litera A, după Nota 4 de sub tabelul de la pct. 1 Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator, se introduce o nouă Notă, Nota 5, cu următorul cuprins:

“NOTA 5: HBA1c se recomandă și se decontează din fondurile alocate asistenței medicale paraclinice de specialitate o singură dată pe an, la recomandarea medicului de familie, în vederea stabilirii diagnosticului de diabet zaharat. 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.”

130. În anexa nr. 17, litera A, Nota 6 de sub tabelul de la pct. 2 Lista investigațiilor paraclinice de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară, se modifică și va avea următorul cuprins:

“NOTA 6: Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice; biletele de trimitere se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea și un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. La biletul de trimitere se atașează de către medicul trimițător, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigațiilor CT și RMN prevăzute la lit. c) de la Nota 5 copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, 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.”

131. În Anexa nr. 21, litera i) de la art. 7, se modifică și va avea următorul cuprins:

“i) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

132. În Anexa nr. 23, la articolul 4, alineatul (1), litera a), punctul 3, subpunctele d. și n. , se modifică și vor avea următorul cuprins:

“d. numărul de cazuri realizate de furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate în anii 2018 - 2021; (...)

n. ponderea cheltuielilor de personal în totalul sumei decontate de casa de asigurări de sănătate în anii 2018 - 2021;”

133. În Anexa nr. 23, la articolul 4, alineatul (1), litera a), punctul 14 se modifică și va avea următorul cuprins:

„14. durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în anexa nr. 23 A la ordin pentru spitalele de acuți finanțate pe baza sistemului DRG și durata medie de spitalizare la nivel național - DMS_nat - este 6,21 pentru spitalele de acuți care nu sunt finanțate pe baza sistemului DRG.”

134. În Anexa nr. 23, literele a) și b) ale alineatului (1) de la art. 5, se modifică și vor avea următorul cuprins:

“a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești, pentru afecțiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanțate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate contractate x indice case-mix 2022 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2022, respectiv

- număr de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități

a1) Suma contractată (SC) de fiecare spital prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute în sistem DRG, se calculează astfel:

$$SC = P \times (Nr_pat \times IU_pat / DMS_spital) \times ICM \times TCP$$

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, în care nu sunt incluse paturile pentru secțiile și compartimentele de ATI, IU_pat, DMS_spital, TCP și ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix. Durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în anexa nr. 23 A.

Valoarea procentului de referință (P) este stabilită în raport de clasificarea spitalelor în funcție de competențe conform prevederilor legale în vigoare, respectiv prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările și completările ulterioare și este:

a) pentru categoria I: $P = 85\%$;

b) pentru categoria IM: $P = (P - 4)\%$;

c) pentru categoria II: $P = (P - 3)\%$;

d) pentru categoria IIM: $P = (P - 5)\%$;

e) pentru categoria III: $P = (P - 5)\%$;

f) pentru categoria IV: $P = (P - 15)\%$;

g) pentru categoria V: $P = (P - 23)\%$;

h) pentru spitalele neclasificabile: $P = (P - 33)\%$.

a2) Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de la punctul a1) ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ținând cont de valoarea procentului de referință pentru categoria în care se clasifică spitalul, iar DMS_spital se înlocuiește cu DMS_nat de 6,21.

a3) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital și pe secție se vor avea în vedere:

a3.1. Numărul de cazuri externate calculat la suma contractată = SC (suma contractată) / (ICM x TCP) aferente fiecărui spital; rezultatul se rotunjește la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a3.2. Numărul anual de cazuri externate negociat și contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează și raportează trimestrial evidența acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

a4) Indicele de case-mix pentru anul 2022 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Numărul de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

a5) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2022 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin, se stabilește pentru fiecare spital și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național, mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI - național, precum și definirea termenilor utilizați - sunt prevăzute în anexa nr. 23 B la ordin.

În situația în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

a6) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități (non_DRG)

Tariful mediu pe caz rezolvat (non_DRG) se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2021 și sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.

În situația în care unul din spitale are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b).

a7) suma contractată conform prevederilor de mai sus se repartizează pe trimestre și luni; la nivelul fiecărui spital suma lunară prevăzută în contract nu poate fi mai mare decât media lunară stabilită conform formulei prevăzută la lit. a1, respectiv la lit. a2, după caz.

b) suma pentru spitalele de boli cronice precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

număr de cazuri externate x durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de:

1.1. media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, după caz) și al județului;

1.2. cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2022, în funcție de numărul de paturi contractabile, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secții/compartimente de cronici și de durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2021, pentru secțiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea prevăzută în anexa nr. 25 la ordin, dar nu mai mică de 75% față de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

Numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negocieri între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

2. Durata de spitalizare pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr. 25 la ordin.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2021.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximele prevăzute în anexa nr. 23 C la ordin.

4. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2022 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.”

135. În Anexa nr. 23, articolul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 7

(1) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2022 cu destinația servicii medicale spitalicești și alocate caselor de asigurări de sănătate, se contractează de către acestea prin acte adiționale la contractele inițiale pentru anul 2022, precum și pentru încheierea de contracte noi. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare condițiile avute în vedere la contractare și indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract/actelor adiționale, precum și nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractați. Încheierea de contracte noi se face cu informarea ordonatorului principal de credite și la contractare casa de asigurări de sănătate are în vedere încadrarea în numărul de paturi contractabile la nivel de județ, îndeplinirea tuturor condițiilor de contractare, necesarul de servicii medicale și încadrarea în fondurile alocate cu destinație servicii medicale spitalicești, cu respectarea prevederilor de la art. 5 alin. (1).

(2) Pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, din fondurile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a), precum și din fondurile prevăzute la alin. (1), pot fi contractate cu spitalele/secțiile/compartimentele de acuți, servicii medicale acordate de la data încheierii actului adițional, dar fără a se depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital stabilită astfel:

$(Nr_pat \times IU_pat / DMS\ spital) \times ICM \times TCP / 12\ luni$

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, IU_pat, DMS_spital, TCP și ICM reprezintă indicele de utilizare

a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix.

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate, iar DMS_spital se înlocuiește cu DMS_nat de 6,21.”

136. În Anexa nr. 23, punctul 1.3 de la litera a) a articolului 9, se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.3. tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2022, prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin.

Decontul de cheltuieli eliberat asiguraților de către spitalele private pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG pentru care se încasează contribuția personală a asiguraților, se transmite de către furnizor în PIAS odată cu raportarea lunară.”

137. În Anexa nr. 23, punctul 2.1 de la litera h) a articolului 9, se modifică și va avea următorul cuprins:

“2.1. numărul de cazuri rezolvate/servicii, raportate și validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 aprilie 2022 și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;

Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

138. În Anexa nr. 23, litera b) a alineatului (4) de la art. 11, se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) o sumă reprezentând contribuția personală, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale și nemedicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora - pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG. Modelul consimțământului este prevăzut în anexa 23 E la ordin.

Contribuția personală reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, și este afișată pe pagina de internet a furnizorilor privați de servicii medicale și la sediul acestora, într-un loc vizibil.

Contribuția personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG se detaliază în devizul estimativ înaintat pacientului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului. Devizul estimativ se poate modifica pe perioada internării asiguratului în funcție de evoluția clinică, cu consimțământul acestuia sau al reprezentantului legal. Modelul devizului estimativ este prevăzut în anexa 23 E la ordin.

Furnizorii privați au obligația să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care se încasează contribuție personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum și toate celelalte servicii medicale și/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ și externarea acestuia, însoțit de documentele fiscale, detaliate conform decontului al cărui model este prevăzut în anexa 23 E la ordin.”

139. În Anexa nr. 23, alineatul (4) al articolului 16 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați și, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli. Regularizarea și decontarea trimestrială se face până în ultima zi a lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate, raportate și validate conform contractului de furnizare de servicii medicale de la data de 1 aprilie 2022, respectiv de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii, după caz, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.”

140. Anexa 23 A se modifică și va avea următorul cuprins:

„ANEXA 23 A

LISTA SPITALELOR PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF PE CAZ REZOLVAT, ICM, TCP ȘI DMS VALABILE PENTRU ANUL 2022

Nr. crt.	Denumire Spital	Cod spital	TCP Norme 2022*)	ICM 2022*)	DMS spital 2022*)
1	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA ALBA IULIA	AB01	1.500	1,6818	6,60
2	SPITALUL DE BOLI CRONICE CAMPENI	AB02	1.430	1,1311	9,22
3	SPITALUL MUNICIPAL BLAJ	AB03	1.475	1,6734	5,96
4	SPITALUL ORASENESC ABRUD	AB04	1.475	1,1356	8,74
5	SPITALUL MUNICIPAL AIUD	AB05	1.475	1,7266	7,91
6	SPITALUL ORASENESC CAMPENI	AB06	1.475	1,2449	7,05
7	SPITALUL MUNICIPAL SEBES	AB08	1.475	1,3647	6,18
8	SPITALUL ORASENESC CUGIR	AB09	1.475	1,2655	8,18
9	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE AIUD	AB12	1.430	1,1926	11,59
10	SC CMC PRAXIS SRL	AB13	1.430	1,9460	2,70
11	SC CENTRUL MEDICAL DR. LAURA CATANA	AB14	1.430	1,4838	5,34
12	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PITESTI	AG01	1.600	1,7102	6,87
13	SPITALUL DE PEDIATRIE PITESTI	AG02	1.600	1,4854	3,73
14	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE CAMPULUNG	AG04	1.430	0,9775	8,96
15	SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG	AG05	1.475	1,3005	6,69
16	SPITALUL ORASENESC REGELE CAROL I COSTESTI	AG06	1.475	1,5842	5,69
17	SPITALUL MUNICIPAL CURTEA DE ARGES	AG07	1.475	1,3190	5,31
18	SPITALUL ORASENESC SF. SPIRIDON MIOVENI	AG08	1.475	2,1113	6,93
19	SPITALUL DE PSIHIATRIE SF MARIA VEDEA	AG13	1.430	1,4014	6,47

20	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE SF ANDREI VALEA IASULUI	AG14	1.430	0,9855	13,47
21	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE LEORDENI	AG15	1.430	1,0761	11,18
22	SC MUNTENIA MEDICAL COMPETENCES SA	AG24	1.430	1,8122	2,70
23	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ARAD	AR01	1.600	1,5371	7,03
24	SPITALUL ORASENESC INEU	AR05	1.475	1,3273	6,83
25	SPITALUL ORASENESC LIPOVA	AR06	1.475	1,0451	6,74
26	SPITALUL DE BOLI CRONICE SEBIS	AR07	1.430	1,0061	9,40
27	SC TERAPEUTICA SA CHISINEU-CRIS	AR14	1.475	1,4672	7,75
28	S.C. GENESYS MEDICAL CLINIC S.R.L.	AR21	1.475	1,3402	2,70
29	SPITALUL CLINIC SF. MARIA BUCURESTI	B_01	1.550	1,8839	5,56
30	SPITALUL CLINIC DE URGENTA BUCURESTI	B_02	1.850	1,9210	6,71
31	SPITALUL CLINIC DE URGENTA DE CHIRURGIE PLASTICA, REPARATORIE SI ARSURI BUCURESTI	B_03	2.230	2,6917	6,88
32	SPITALUL CLINIC DE NEFROLOGIE DR. CAROL DAVILA BUCURESTI	B_04	1.525	2,1929	5,38
33	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII GR. ALEXANDRESCU BUCURESTI	B_05	1.600	1,5583	4,30
34	SPITALUL CLINIC FILANTROPIA BUCURESTI	B_06	1.600	1,1094	2,82
35	SPITALUL CLINIC DE URGENTE OFTALMOLOGICE BUCURESTI	B_08	1.575	0,6466	2,70
36	SPITALUL CLINIC DE CHIRURGIE OROMAXILOFACIALA PROF. DR. DAN TEODORESCU BUCURESTI	B_09	1.600	0,7280	2,99
37	TINOS CLINIC SRL	B_101	1.475	1,3255	2,70
38	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L.	B_103	1.475	1,2091	3,18
39	INSTITUTUL ONCOLOGIC PROF. DR. AL. TRESTIOREANU BUCURESTI	B_11	1.800	1,4825	6,03
40	CLINICA ANGIOMED	B_110	1.430	2,8554	2,70
41	SC DELTA HEALTH CARE SRL	B_113	1.475	1,8196	2,83
42	SC SANADOR SRL- SPITALUL SANADOR	B_116	1.500	2,1320	2,89
43	INSTITUTUL DE ENDOCRINOLOGIE C. I. PARHON BUCURESTI	B_12	1.800	1,1061	3,62
44	SC MEDLIFE SA SUCURSALA BUCURESTI	B_124	1.500	0,7214	2,70
45	SC MEDICOVER HOSPITALS SRL	B_128	1.475	1,2349	2,70
46	SC CENTRUL MEDICAL POLICLINICO DI MONZA SRL	B_129	1.430	1,4793	3,72
47	SPITALUL CLINIC DR. I. CANTACUZINO BUCURESTI	B_13	1.500	1,8353	4,95
48	SC PROMED SYSTEM SRL	B_136	1.430	0,7124	2,70
49	INSTITUTUL NATIONAL DE DIABET, NUTRITIE SI BOLI METABOLICE PROF. DR. N. PAULESCU BUCURESTI	B_14	1.800	1,6974	4,97
50	FUNDATIA DR. VICTOR BABES SPITAL GENERAL	B_140	1.430	2,0088	3,96

51	SPITALUL CLINIC DE ORTOPIEDIE - TRAUMATOLOGIE SI TBC OSTEOARTICULAR FOISOR BUCURESTI	B_15	1.825	2,3713	6,76
52	CENTRUL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT PROVITA	B_150	1.380	1,1026	2,70
53	VICTORIA MEDICAL CENTER	B_153	1.380	4,4678	2,70
54	SPITALUL CLINIC COLENTINA BUCURESTI	B_16	1.550	2,5556	6,19
55	Spitalul de Oncologie Monza	B_167	1.380	0,5916	4,22
56	INSTITUTUL CLINIC FUNDENI BUCURESTI	B_18	1.808	1,9045	5,85
57	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE C. C. ILIESCU BUCURESTI	B_19	1.800	2,7797	6,32
58	INSTITUTUL NATIONAL PENTRU SANATATEA MAMEI SI COPILULUI ALESSANDRESCU-RUESCU	B_20	1.800	1,0738	4,97
59	SPITALUL CLINIC DE URGENTA SF. PANTELIMON BUCURESTI	B_21	1.600	1,7849	5,96
60	SPITALUL CLINIC DE COPII DR. V. GOMOIU BUCURESTI	B_22	1.525	1,3388	3,48
61	SPITALUL CLINIC COLTEA BUCURESTI	B_23	1.575	2,3342	8,51
62	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI TROPICALE DR. V. BABES BUCURESTI	B_25	1.525	1,4514	9,99
63	SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE DR. ALEXANDRU OBREGIA BUCURESTI	B_27	1.575	1,6897	10,07
64	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII M. S. CURIE BUCURESTI	B_28	1.600	1,4205	4,79
65	SPITALUL CLINIC DE URGENTA SF. IOAN BUCURESTI	B_29	1.600	1,7423	7,96
66	SPITALUL CLINIC PROF. DR. TH. BURGHELE BUCURESTI	B_31	1.658	1,4461	4,99
67	INSTITUTUL DE FONOAUDIOLOGIE SI CHIRURGIE FUNCTIONALA ORL PROF. DR. D. HOCIOTA BUCURESTI	B_32	1.800	1,8866	6,18
68	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA BUCURESTI	B_33	1.850	1,6639	6,60
69	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE PROF. DR. PANAIT SIRBU BUCURESTI	B_34	1.600	1,1958	2,91
70	SPITALUL CLINIC DE URGENTA BAGDASAR- ARSENI BUCURESTI	B_35	1.600	3,2832	6,50
71	INSTITUTUL NATIONAL DE NEUROLOGIE SI BOLI NEUROVASCULARE BUCURESTI	B_36	1.800	2,2049	8,13
72	CENTRUL DE EVALURE SI TRATAMENT A TOXICODEPENDENTELOR PENTRU TINERI SF. STELIAN	B_38	1.430	1,5467	7,12
73	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE SF.STEFAN	B_40	1.430	1,0428	11,57
74	CENTRUL DE BOLI REUMATISMALE DR. I. STOIA BUCURESTI	B_41	1.580	1,6933	6,74
75	SPITALUL CLINIC NICOLAE MALAXA BUCURESTI	B_42	1.500	1,5496	7,98

76	INSTITUTUL NATIONAL DE PNEUMFTIZIOLOGIE MARIUS NASTA BUCURESTI	B_47	1.800	1,9126	10,00
77	INSTITUTUL NATIONAL DE BOLI INFECTIOASE PROF. DR. MATEI BALS BUCURESTI	B_48	1.800	2,5141	7,93
78	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA ELIAS BUCURESTI	B_80	1.850	1,7706	5,71
79	SPITALUL DE PSIHIATRIE TITAN DR.C.GORGOS	B_90	1.430	1,7819	7,43
80	SC CRESTINA MEDICALA MUNPOSAN 94 SRL	B_91	1.430	1,6821	2,70
81	EUROCLINIC HOSPITAL S.A.	B_95	1.475	1,7642	2,70
82	SC MED LIFE SA	B_96	1.500	1,4786	2,70
83	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BACAU	BC01	1.600	1,3935	5,35
84	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE BACAU	BC02	1.430	1,1473	6,17
85	SPITALUL MUNICIPAL ONESTI	BC03	1.500	1,3008	6,64
86	SPITALUL ORASENESC BUHUSI	BC04	1.475	1,2762	7,36
87	SPITALUL ORASENESC IOAN LASCAR COMANESTI	BC05	1.475	1,3192	6,63
88	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA MOINESTI	BC06	1.500	1,6249	5,67
89	SC POLIMED SRL	BC08	1.475	1,0053	4,74
90	SC CLINICA PALADE SRL BACAU	BC14	1.430	0,9324	3,87
91	CLINICA NEWMEDICS	BC38	1.380	1,0359	2,70
92	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ORADEA	BH01	1.600	1,9160	6,30
93	SPITALUL ORASENESC ALESD	BH07	1.475	1,1661	6,36
94	SPITALUL MUNICIPAL EPISCOP N. POPOVICI BEIUS	BH09	1.475	1,2440	6,06
95	SPITALUL MUNICIPAL DR. POP MIRCEA MARGHITA	BH10	1.475	1,2836	5,66
96	SPITALUL DE PSIHIATRIE NUCET	BH11	1.430	1,3833	12,53
97	SPITALUL MUNICIPAL SALONTA	BH12	1.475	1,4886	5,63
98	SPITALUL ORASENESC STEI	BH13	1.430	1,0705	6,33
99	SC PELICAN IMPEX SRL ORADEA	BH26	1.550	2,3778	4,23
100	SC EUCLID SRL ORADEA	BH32	1.430	1,0303	2,70
101	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BISTRITA	BN01	1.500	1,5749	6,65
102	SPITALUL ORASENESC DR. G. TRIFON NASAUD	BN02	1.475	1,1620	6,15
103	SPITALUL ORASENESC BECLEAN	BN03	1.475	1,2034	6,19
104	S.C. CLINICA SANOVIL S.R.L	BN09	1.475	1,4208	3,14
105	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BRAILA	BR01	1.500	1,4362	7,18
106	SPITALUL ORASENESC FAUREI	BR05	1.475	1,3657	6,55
107	SPITALUL DE PSIHIATRIE SF.PANTELIMON BRAILA	BR07	1.430	1,4380	8,93
108	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE BRAILA	BR09	1.430	1,0282	11,35
109	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA MAVROMATI BOTOSANI	BT01	1.500	1,3563	7,04

110	SPITALUL DE RECUPERARE SF. GHEORGHE BOTOSANI	BT02	1.430	1,1148	10,91
111	SPITALUL MUNICIPAL DOROHOI	BT06	1.475	1,3015	5,62
112	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE BOTOSANI	BT10	1.430	1,1299	11,04
113	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA BRASOV	BV01	1.600	1,8308	6,37
114	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE DR. I. A. SBARCEA BRASOV	BV02	1.525	1,0789	3,40
115	SPITALUL CLINIC DE COPII BRASOV	BV03	1.600	1,3236	5,01
116	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE BRASOV	BV04	1.525	1,6366	11,73
117	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE BRASOV	BV05	1.525	1,1360	10,90
118	SPITALUL MUNICIPAL DR. AUREL TULBURE FAGARAS	BV06	1.475	1,4012	5,34
119	SPITALUL MUNICIPAL CODLEA	BV08	1.430	1,1832	6,87
120	SPITALUL MUNICIPAL SACELE	BV09	1.430	1,1214	8,44
121	SPITALUL ORASENESC DR. C. T. SPARCHEZ ZARNESTI	BV10	1.475	1,0792	6,28
122	SPITALUL ORASENESC RUPEA	BV12	1.475	1,1357	6,25
123	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI NEUROLOGIE BRASOV	BV13	1.525	1,3504	14,33
124	SC CLINICILE ICCO SRL BRASOV	BV18	1.525	1,6952	2,70
125	SC TEO HEALTH SA - SPITALUL SF. CONSTANTIN	BV21	1.500	1,8157	2,92
126	CLINICA NEWMEDICS	BV22	1.430	0,7674	2,70
127	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L. BRASOV	BV23	1.500	1,5139	2,87
128	S.C. PDR S.A.	BV24	1.475	2,1044	2,70
129	SC ONCO CARD SRL- CENTRUL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT ONCOLOGIC	BV25	1.430	1,3942	2,70
130	SC CLINICILE ICCO ORTOPEDIE SRL	BV28	1.430	2,0047	6,13
131	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BUZAU	BZ01	1.500	1,5239	6,29
132	SPITALUL MUNICIPAL RAMNICU SARAT	BZ02	1.475	1,4032	7,83
133	SPITALUL ORASENESC NEHOIU	BZ04	1.475	1,0141	5,57
134	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA SAPOCA	BZ09	1.475	1,4177	9,90
135	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA CLUJ-NAPOCA	CJ01	1.850	2,0574	6,26
136	INSTITUTUL REGIONAL DE GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE CLUJ-NAPOCA	CJ02	1.800	2,9072	7,35
137	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII CLUJ-NAPOCA	CJ03	1.600	1,3891	3,65
138	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE LEON DANIELLO CLUJ-NAPOCA	CJ04	1.600	2,0997	10,46
139	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CLUJ-NAPOCA	CJ05	1.525	2,3272	10,08

140	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE CLUJ-NAPOCA	CJ06	1.525	2,4693	8,57
141	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC CLUJ-NAPOCA	CJ07	1.550	2,1731	10,00
142	INSTITUTUL ONCOLOGIC PROF. DR. I. CHIRICUTA CLUJ-NAPOCA	CJ08	1.800	1,3714	6,78
143	INSTITUTUL INIMII PROF. DR. N. STANCIOIU CLUJ-NAPOCA	CJ09	1.800	2,8790	7,06
144	SPITALUL MUNICIPAL DEJ	CJ10	1.475	1,3906	6,86
145	SPITALUL MUNICIPAL TURDA	CJ11	1.475	1,4377	7,31
146	SPITALUL MUNICIPAL GHERLA	CJ12	1.475	1,1601	5,04
147	SPITALUL ORASENESC HUEDIN	CJ13	1.475	1,1995	6,59
148	SPITALUL MUNICIPAL CAMPIA TURZII	CJ14	1.475	1,2829	4,76
149	INSTITUTUL CLINIC DE UROLOGIE SI TRANSPLANT RENAL CLUJ-NAPOCA	CJ21	1.839	1,7456	3,50
150	ANGIOCARE	CJ34	1.430	1,5703	2,70
151	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L. CLUJ	CJ36	1.475	1,0811	3,48
152	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA CALARASI	CL01	1.500	1,6345	5,68
153	SPITALUL MUNICIPAL OLTENITA	CL02	1.475	1,2343	7,18
154	SPITALUL ORASENESC LEHLIU-GARA	CL03	1.475	0,9146	4,71
155	SPITALUL DE PSIHIATRIE SAPUNARI	CL06	1.430	1,6609	10,89
156	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE CALARASI	CL07	1.430	1,4618	6,64
157	SPITALUL JUDETEAN RESITA	CS01	1.500	1,4607	7,44
158	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA CARANSEBES	CS02	1.500	1,5504	6,92
159	SPITALUL ORASENESC ORAVITA	CS03	1.475	0,8112	6,66
160	SPITALUL ORASENESC MOLDOVA NOUA	CS05	1.475	1,0666	5,12
161	SPITALUL ORASENESC OTELU ROSU	CS07	1.475	1,1012	6,28
162	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA CONSTANTA	CT01	1.850	1,6112	5,97
163	SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA	CT04	1.500	2,0179	7,85
164	SPITALUL ORASENESC CERNAVODA	CT05	1.475	1,2428	3,61
165	SPITALUL MUNICIPAL MANGALIA	CT06	1.475	1,2430	6,82
166	SPITALUL ORASENESC HARSOVA	CT07	1.475	1,2096	3,94
167	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CONSTANTA	CT14	1.525	2,2735	9,25
168	S.C. MEDICAL ANALYSIS	CT18	1.430	2,1719	2,70
169	SC MEDSTAR 2000 CLINIC S.R.L.	CT19	1.430	1,7187	2,70
170	EUROMATERNA SA	CT20	1.430	1,2843	3,10
171	ISIS MEDICAL CENTER	CT22	1.430	1,4371	2,70
172	SC ROCOMEDICOR SRL	CT24	1.430	2,0164	2,70
173	SC DIAGNOST SRL	CT28	1.430	2,1725	2,70
174	SC OVIDIUS CLINICAL HOSPITAL SRL	CT32	1.430	1,6483	2,70

175	SPITALUL JUDETEAN DR. FOGOLYAN KRISTOF SFANTU GHEORGHE	CV01	1.500	1,3470	6,40
176	SPITALUL MUNICIPAL TARGU SECUIESC	CV03	1.475	1,0898	4,65
177	SPITALUL ORASENESC BARAOLT	CV04	1.475	0,9440	5,18
178	SPITALUL DE RECUPERARE CARDIOVASCULARA DR. BENEDEK GEZA COVASNA	CV05	1.475	1,0262	7,02
179	SPITALUL JUDETEAN TARGOVISTE	DB01	1.500	1,5551	6,08
180	SPITALUL ORASENESC PUCIOASA	DB02	1.475	1,3344	7,29
181	SPITALUL ORASENESC GAESTI	DB03	1.475	1,2663	7,34
182	SPITALUL ORASENESC MORENI	DB04	1.475	1,1384	7,42
183	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA CRAIOVA	DJ01	1.800	1,3691	5,75
184	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC FILANTROPIA CRAIOVA	DJ02	1.475	1,2420	5,07
185	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMOPTIZIOLOGIE VICTOR BABES CRAIOVA	DJ03	1.525	1,4197	9,38
186	SPITALUL MUNICIPAL DR. IRINEL POPESCU BAILESTI	DJ04	1.475	0,9855	4,95
187	SPITALUL FILISANILOR FILIASI	DJ05	1.475	1,1352	5,30
188	SPITALUL ORASENESC SEGARCEA	DJ06	1.475	1,0245	5,03
189	SPITALUL MUNICIPAL CALAFAT	DJ07	1.475	1,0964	4,83
190	SPITALUL ORASENESC ASEZAMINTELE BRANCOVENESTI DABULENI	DJ13	1.475	1,1553	6,29
191	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE LEAMNA	DJ18	1.430	1,3938	8,31
192	SPITALUL CLINIC DE NEUROPSIHIATRIE CRAIOVA	DJ20	1.525	1,3794	8,77
193	CENTRUL MEDICAL MOGOS MED	DJ30	1.430	0,7858	2,70
194	SC EIFFEL MED SRL	DJ40	1.430	1,3127	2,87
195	SC ONIOPTIC MEDICAL PD SRL	DJ55	1.430	0,6894	2,70
196	SPITALUL JUDETEAN TARGU JIU	GJ01	1.500	1,3701	6,29
197	SPITALUL MUNICIPAL MOTRU	GJ02	1.475	1,0850	6,72
198	SPITALUL ORASENESC TARGU CARBUNESTI	GJ03	1.500	1,2610	9,69
199	SPITALUL ORASENESC ROVINARI	GJ04	1.475	1,0965	5,37
200	SPITALUL ORASENESC NOVACI	GJ05	1.475	0,9988	8,06
201	SPITALUL ORASENESC BUMBESTI-JIU	GJ06	1.475	1,1400	5,35
202	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE TUDOR VLADIMIRESCU	GJ10	1.430	0,9303	9,98
203	SPITALUL ORASENESC TURCENI	GJ11	1.475	1,1843	4,97
204	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA SF. APOSTOL ANDREI GALATI	GL01	1.600	1,7009	7,25
205	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII SF. IOAN GALATI	GL02	1.600	1,2839	4,58
206	SPITALUL DE PSHIATRIE ELISABETA DOAMNA GALATI	GL03	1.430	1,5519	7,15

207	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE BUNAVESTIRE GALATI	GL04	1.430	0,9735	3,92
208	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE GALATI	GL05	1.430	0,9565	11,57
209	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE SF. CUVIOASA PARASCHEVA GALATI	GL06	1.430	1,2342	9,03
210	SPITALUL MUNICIPAL ANTON CINCU TECUCI	GL07	1.475	0,9616	5,25
211	SPITALUL ORASENESC TARGU BUJOR	GL08	1.475	0,9265	3,92
212	SPITALUL JUDETEAN GIURGIU	GR01	1.500	1,5617	7,24
213	SPITALUL ORASENESC BOLINTIN-VALE	GR05	1.475	1,0540	6,67
214	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DEVA	HD01	1.600	1,5249	7,23
215	SPITALUL MUNICIPAL DR. A. SIMIONESCU HUNEDOARA	HD02	1.500	1,5961	7,05
216	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA PETROSANI	HD03	1.500	1,6719	7,04
217	SPITALUL MUNICIPAL LUPENI	HD05	1.475	1,2362	6,04
218	SPITALUL MUNICIPAL VULCAN	HD06	1.475	1,2416	6,02
219	SPITALUL MUNICIPAL BRAD	HD07	1.475	1,2412	5,02
220	SPITALUL MUNICIPAL ORASTIE	HD08	1.475	1,3544	6,74
221	SPITALUL ORASENESC HATEG	HD09	1.475	1,1588	5,85
222	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA ZAM	HD18	1.430	1,3042	7,05
223	SPITALUL JUDETEAN MIERCUREA-CIUC	HR01	1.500	1,4882	5,29
224	SPITALUL MUNICIPAL ODORHEIUL SECUIESC	HR02	1.500	1,5056	6,29
225	SPITALUL MUNICIPAL GHEORGHENI	HR03	1.475	1,3416	6,22
226	SPITALUL MUNICIPAL TOPLITA	HR04	1.475	1,3904	6,11
227	SPITALUL DE PSIHIATRIE TULGHES	HR07	1.430	1,4318	12,02
228	SPITALUL DE OBSTETRICA GINECOLOGIE BUFTEA	IF01	1.430	1,2952	3,61
229	SPITALUL DE PSIHIATRIE EFTIMIE DIAMANDESCU BALACEANCA	IF03	1.430	1,4882	10,08
230	SPITALUL JUDETEAN SFINTII IMPARATI CONSTANTIN SI ELENA ILFOV	IF06	1.550	1,7507	8,34
231	SC CARDIO_REC SRL	IF10	1.430	1,6948	2,70
232	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SLOBOZIA	IL01	1.500	1,7215	4,87
233	SPITALUL MUNICIPAL URZICENI	IL02	1.475	1,1147	6,01
234	SPITALUL MUNICIPAL FETESTI	IL03	1.475	1,3716	6,41
235	SPITALUL ORASENESC TANDAREI	IL04	1.475	1,3574	8,84
236	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA SF. SPIRIDON IASI	IS01	1.800	2,1320	6,80
237	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII SF. MARIA IASI	IS02	1.600	1,6496	5,52
238	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE PROF. DR. G.I.M. GEORGESCU IASI	IS03	1.800	2,1767	4,68
239	SPITALUL CLINIC DR. C.I. PARHON IASI	IS04	1.726	1,8016	6,52

240	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA- GINECOLOGIE CUZA-VODA IASI	IS05	1.600	1,2352	4,52
241	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA- GINECOLOGIE ELENA DOAMNA IASI	IS06	1.525	0,9054	4,46
242	SPITALUL CLINIC PNEUMOFIZIOLOGIE IASI	IS07	1.600	2,1737	9,37
243	INSTITUTUL DE PSIHIATRIE SOCOLA IASI	IS08	1.800	1,3878	12,61
244	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SF. PARASCHEVA IASI	IS09	1.525	1,6542	9,46
245	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PROF. DR. N. OBLU IASI	IS11	1.600	2,5379	8,83
246	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE IASI	IS12	1.525	1,4937	4,84
247	SPITALUL ORASENESC HARLAU	IS13	1.475	1,0112	5,37
248	SPITALUL MUNICIPAL PASCANI	IS14	1.475	1,2981	6,52
249	SPITAL PROVIDENTA	IS28	1.475	1,7317	2,80
250	ARCADIA HOSPITAL	IS30	1.475	1,2992	2,70
251	ARCADIA CARDIO	IS31	1.430	1,6102	2,70
252	CENTRUL DE ONCOLOGIE EUROCLINIC SRL	IS32	1.430	1,2737	2,70
253	INSTITUTUL REGIONAL DE ONCOLOGIE IASI	IS36	1.800	2,4044	7,75
254	SPITALUL MILITAR DE URGENTA REGINA MARIA BRASOV	M01	1.500	2,2685	6,84
255	SPITALUL MILITAR DE URGENTA DR.STEFAN ODOBLEJA CRAIOVA	M02	1.500	1,2884	4,97
256	SPITALUL CLINIC MILITAR DE URGENTA „DR. CONSTANTIN PAPILIAN” CLUJ- NAPOCA	M03	1.500	1,9971	6,62
257	SPITALUL MILITAR DE URGENTA GALATI	M04	1.500	1,5736	4,97
258	SPITALUL MILITAR DE URGENTA DR. VICTOR POPESCU TIMISOARA	M05	1.550	2,1359	7,05
259	SPITALUL CLINIC DE URGENTA AVRAM IANCU ORADEA	M06	1.550	1,4470	5,17
260	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA MILITAR CENTRAL DR. CAROL DAVILA	M07	1.850	2,6365	5,96
261	SPITALUL CLINIC MILITAR DE URGENTA IASI	M08	1.550	1,6936	5,67
262	SPITALUL MILITAR DE URGENTA DR. ALEXANDRU AUGUSTIN SIBIU	M09	1.500	1,5734	4,92
263	SPITALUL MILITAR DE URGENTA DR. ION JIANU PITESTI	M10	1.500	1,5110	4,98
264	SPITALUL MILITAR DE URGENTA DR. ALEXANDRU GAFENCU CONSTANTA	M11	1.500	1,6614	5,36
265	SPITALUL MILITAR DE URGENTA DR. ALEXANDRU IONESCU FOCSANI	M12	1.500	1,4311	4,50
266	SPITALUL DE URGENTA PROF.DR. DIMITRIE GEROTA	M14	1.550	1,7466	4,59
267	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PROF.DR. AGRIPPA IONESCU	M15	1.550	1,7427	5,73

268	SPITALUL PROF.DR. CONSTANTIN ANGELESCU	M16	1.500	1,5288	4,75
269	SPITALUL JUDETEAN DROBETA-TURNU SEVERIN	MH01	1.500	1,4749	6,86
270	SPITALUL MUNICIPAL ORSOVA	MH02	1.475	1,9941	10,15
271	SPITALUL ORASENESC BAIA DE ARAMA	MH05	1.475	1,0179	6,53
272	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DR. CONSTANTIN OPRIS BAIA MARE	MM01	1.600	1,6730	6,02
273	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE SI PSIHIATRIE BAIA MARE	MM02	1.430	1,9771	8,91
274	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE DR. NICOLAE RUSDEA BAIA MARE	MM03	1.430	1,8253	9,62
275	SPITALUL MUNICIPAL SIGHETU MARMATIEI	MM04	1.475	1,4038	6,97
276	SPITALUL DE PSIHIATRIE CAVNIC	MM06	1.430	1,4096	9,43
277	SPITALUL DE RECUPERARE BORSA	MM07	1.475	1,0827	6,22
278	SPITALUL ORASENESC TARGU LAPUS	MM08	1.475	1,1459	6,08
279	SPITALUL ORASENESC VISEU DE SUS	MM09	1.475	1,1333	8,09
280	SC CHE COSMEDICA SRL	MM11	1.430	6,2334	2,70
281	SC EUROMEDICA HOSPITAL S. A.	MM12	1.475	1,2847	4,19
282	SC CLINICA SOMESAN SRL	MM15	1.430	2,7552	2,70
283	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA TARGU MURES	MS01	1.850	2,3578	6,84
284	SPITALUL CLINIC JUDETEAN MURES	MS02	1.550	1,5278	6,49
285	SPITALUL MUNICIPAL SIGHISOARA	MS04	1.475	1,3717	6,56
286	SPITALUL ORASENESC DR. VAIER RUSSU LUDUS	MS05	1.475	1,0826	6,36
287	SPITALUL MUNICIPAL DR. E. NICOARA REGHIN	MS06	1.475	1,1445	6,93
288	SPITALUL MUNICIPAL DR. GH. MARINESCU TARNAVENI	MS07	1.475	1,3943	7,03
289	SPITALUL ORASENESC SANGEORGIU DE PADURE	MS11	1.475	1,0428	7,89
290	S.C. CENTRUL MEDICAL TOPMED S.R.L.	MS16	1.475	1,8812	2,70
291	SC CARDIO MED SRL	MS18	1.430	2,5124	2,77
292	SC NOVA VITA HOSPITAL SA	MS19	1.475	1,7985	2,70
293	S.C. COSMEX S.R.L.- CENTRUL MEDICAL PULS	MS20	1.430	2,1150	2,70
294	SPITALUL SOVATA-NIRAJ	MS21	1.430	1,0453	6,74
295	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE SI TRANSPLANT TARGU MURES	MS24	1.800	3,3346	7,40
296	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PIATRA-NEAMT	NT01	1.500	1,4648	7,57
297	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA ROMAN	NT02	1.500	1,3632	6,33
298	SPITALUL ORASENESC BICAZ	NT03	1.475	0,8411	5,97
299	SPITALUL ORASENESC TARGU-NEAMT	NT04	1.475	1,1420	6,11
300	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE BISERICANI	NT07	1.430	1,0089	11,72
301	SPITALUL JUDETEAN SLATINA	OT01	1.500	1,5112	5,93
302	SPITALUL ORASENESC BALS	OT02	1.475	1,1737	5,90

303	SPITALUL MUNICIPAL CARACAL	OT03	1.475	1,3299	7,06
304	SPITALUL ORASENESC CORABIA	OT04	1.475	1,1258	5,27
305	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PLOIESTI	PH01	1.600	1,5484	6,85
306	SPITALUL DE ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE AZUGA	PH05	1.430	1,3030	6,34
307	SPITALUL ORASENESC BAICOI	PH06	1.475	0,9389	7,06
308	SPITALUL MUNICIPAL CAMPINA	PH07	1.475	1,5994	7,58
309	SPITALUL ORASENESC SINAIA	PH08	1.475	1,0372	5,19
310	SPITALUL ORASENESC MIZIL	PH09	1.475	0,9240	6,18
311	SPITALUL ORASENESC URLATI	PH101	1.475	1,3834	3,81
312	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE DRAJNA	PH102	1.430	0,9034	10,61
313	DENTIRAD HOSPITAL SRL	PH105	1.430	1,0353	8,81
314	SPITAL AS MEDICA SRL	PH111	1.430	1,4650	4,73
315	SPITALUL ORASENESC VALENII DE MUNTE	PH12	1.475	1,1800	6,59
316	SPITALUL DE PSIHIATRIE VOILA	PH13	1.430	1,6520	10,45
317	SPITALUL DE BOLI PULMONARE BREAZA	PH14	1.430	1,0770	10,24
318	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE FLORESTI	PH96	1.430	0,9202	8,27
319	SPITALUL MUNICIPAL PLOIESTI	PH98	1.475	1,1541	6,38
320	SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI	PH99	1.600	1,3132	3,52
321	SPITALUL CLINIC JUDETEAN SIBIU	SB01	1.600	1,7627	5,61
322	SPITALUL DE PSIHIATRIE DR.GH.PREDA SIBIU	SB02	1.525	1,3327	13,18
323	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE SIBIU	SB03	1.525	1,5035	9,70
324	SPITALUL MUNICIPAL MEDIAS	SB04	1.475	1,3751	6,88
325	SPITALUL ORASENESC AGNITA	SB05	1.475	1,1119	6,50
326	SPITALUL ORASENESC CISNADIE	SB06	1.475	1,2688	8,53
327	SPITALUL CLINIC DE PEDIATRIE SIBIU	SB08	1.600	1,4412	4,44
328	SC CLINICA POLISANO SRL	SB11	1.500	1,6133	2,81
329	CLINICA NEW MEDICS	SB14	1.430	1,2562	2,70
330	SPITALUL JUDETEAN ZALAU	SJ01	1.500	1,5217	6,55
331	SPITALUL ORASENESC PROF. DR. IOAN PUSCAS SIMLEU SILVANIEI	SJ02	1.475	1,2285	7,52
332	SPITALUL ORASENESC JIBOU	SJ03	1.430	1,0453	7,63
333	SPITALUL JUDETEAN SATU MARE	SM01	1.500	1,3935	5,98
334	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE SATU MARE	SM03	1.430	1,2487	10,09
335	SPITALUL MUNICIPAL CAREI	SM04	1.475	1,2781	8,60
336	SPITALUL ORASENESC NEGRESTI-OAS	SM05	1.475	1,0609	8,13
337	SC MANITOU MED SRL CLINICA GYNOPRAX	SM08	1.430	0,6587	2,70
338	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SF. IOAN CEL NOU SUCEAVA	SV01	1.600	1,3891	5,76
339	SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG MOLDOVENESC	SV02	1.475	1,2255	6,75

340	SPITALUL MUNICIPAL FALTICENI	SV03	1.475	1,2869	5,86
341	SPITALUL ORASENESC GURA HUMORULUI	SV04	1.475	1,1132	6,24
342	SPITALUL MUNICIPAL RADAUTI	SV05	1.475	1,5572	5,87
343	SPITALUL ORASENESC SIRET	SV06	1.430	0,7621	10,41
344	SPITALUL MUNICIPAL VATRA DORNEI	SV07	1.475	1,1028	6,59
345	SPITALUL DE PSIHIATRIE CRONICI SIRET	SV08	1.430	1,4832	12,35
346	SPITALUL DE PSIHIATRIE CAMPULUNG MOLDOVENESC	SV12	1.430	1,6539	8,16
347	SPITALUL BETHESDA SUCEAVA	SV17	1.430	1,1455	2,70
348	SPITALUL CLINIC CF 2 BUCURESTI	T01	1.500	1,1216	4,24
349	SPITALUL CLINIC CF NR.1 WITTING	T02	1.475	1,1544	5,87
350	SPITALUL CLINIC CF CONSTANTA	T03	1.475	1,4616	6,23
351	SPITAL CLINIC CF CRAIOVA	T04	1.475	1,6259	7,22
352	SPITALUL CLINIC UNIVERSITAR CF CLUJ NAPOCA	T05	1.550	1,3797	6,30
353	SPITALUL UNIVERSITAR CF IASI	T06	1.475	1,2731	6,50
354	SPITALUL CLINIC CF TIMISOARA	T07	1.475	1,1893	5,74
355	SPITALUL CLINIC CF ORADEA	T08	1.475	1,6000	5,40
356	SPITALUL GENERAL CF BRASOV	T09	1.475	1,3129	7,71
357	SPITALUL CF GALATI	T10	1.475	1,1558	8,97
358	SPITALUL CF PLOIESTI	T11	1.475	1,3684	9,64
359	SPITAL GENERAL CF SIBIU	T12	1.475	1,4294	10,60
360	SPITALUL GENERAL CF DROBETA TURNU SEVERIN	T13	1.475	1,2349	4,92
361	SPITALUL GENERAL CF PASCANI	T14	1.475	1,3633	8,72
362	SPITALUL GENERAL CF SIMERIA	T15	1.475	1,4121	8,69
363	SPITAL CF GALATI – SECTIA EXTERIOARA CU PATURI CF BUZAU	T17	1.475	1,2003	5,25
364	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TULCEA	TL01	1.500	1,2548	5,87
365	SPITALUL ORASENESC MACIN	TL03	1.475	1,2438	5,73
366	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA PIUS BRINZEU TIMISOARA	TM01	1.850	2,1135	6,79
367	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC DE URGENTA TIMISOARA	TM02	1.600	1,4821	4,92
368	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII L. TURCANU TIMISOARA	TM03	1.600	1,6693	4,88
369	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMFTIZIOLOGIE DR. V. BABES	TM04	1.525	2,1224	10,04
370	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE TIMISOARA	TM06	1.800	2,3732	5,41
371	SPITALUL MUNICIPAL LUGOJ	TM07	1.475	1,4329	6,70
372	SPITALUL ORASENESC DETA	TM09	1.475	1,0973	4,70
373	SPITALUL DR. KARL DIEL JIMBOLIA	TM10	1.475	1,2682	6,01

374	SPITALUL ORASENESC SÂNNICOLAU MARE	TM11	1.475	1,1281	4,12
375	SPITALUL ORASENESC FAGET	TM12	1.475	1,1116	5,75
376	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA GATAIA	TM15	1.430	1,3946	11,84
377	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA JEBEL	TM16	1.475	1,0529	22,55
378	CENTRUL CLINIC DE EVALUARE SI RECUPERARE PENTRU COPII SI ADOLESCENTI CRISTIAN SERBAN BUZIAS	TM17	1.525	1,1656	9,26
379	CENTRUL DE ONCOLOGIE ONCOHELP	TM22	1.525	1,3012	3,25
380	CENTRUL MEDICAL SFANTA MARIA	TM26	1.430	1,4206	2,74
381	MATERNA CARE	TM27	1.430	1,3009	2,88
382	SPITALUL JUDETEAN ALEXANDRIA	TR01	1.500	1,3554	5,10
383	SPITALUL MUNICIPAL TURNU MAGURELE	TR02	1.475	0,9007	8,40
384	SPITALUL MUNICIPAL CARITAS ROSIORII DE VEDE	TR03	1.475	1,1443	8,71
385	SPITALUL ORASENESC ZIMNICEA	TR04	1.475	0,7353	3,55
386	SPITALUL PNEUMFTIZIOLOGIE ROSIORII DE VEDE	TR05	1.430	1,2269	7,52
387	SPITALUL PSIHIATRIE POROSCHIA	TR08	1.430	1,5759	8,29
388	SPITALUL ORASENESC VIDELE	TR12	1.475	1,0609	5,06
389	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA RAMNICU VALCEA	VL01	1.500	1,3238	7,20
390	SPITALUL MUNICIPAL COSTACHE NICOLESCU DRAGASANI	VL03	1.475	0,9960	7,59
391	SPITALUL ORASENESC HOREZU	VL04	1.475	1,0007	8,31
392	SPITALUL ORASENESC BREZOI	VL05	1.475	1,1059	6,33
393	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE C.ANASTASATU MIHAESTI	VL06	1.430	1,1551	10,15
394	SC INCARMED SRL RAMNICU VALCEA	VL11	1.430	1,1876	3,68
395	SC RAPITEST CLINICA SRL	VL15	1.430	1,6325	3,20
396	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SF. PANTELIMON FOCSANI	VN01	1.500	1,4108	6,10
397	SPITALUL MUNICIPAL ADJUD	VN02	1.475	1,2907	8,22
398	SPITALUL ORASENESC PANCIU	VN04	1.475	1,1834	4,21
399	SPITALUL COMUNAL VIDRA	VN07	1.475	0,8545	4,72
400	SPITAL MATERNA SRL	VN09	1.430	1,3166	2,88
401	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA VASLUI	VS01	1.500	1,4887	6,62
402	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA ELENA BELDIMAN BARLAD	VS02	1.500	1,3098	8,39
403	SPITALUL MUNICIPAL HUSI	VS04	1.475	1,2115	5,72
404	SPITALUL DE PSIHIATRIE MURGENI	VS07	1.430	1,3807	18,47

*) ICM pentru anul 2022 este egal cu cel mai mare ICM realizat în anii 2019 - 2021 propriu spitalului.

**) TCP pentru anul 2022 este egal cu TCP pentru anul 2021.

1. Pentru spitalele nou finanțate pe baza sistemului DRG, TCP pentru anul 2022 este stabilit în funcție de categoria de clasificare a spitalului.

2. TCP-ul pentru anul 2022 se poate majora cu până la 40% pentru poziția 30 (B_02), poziția 56 (B_18) și pentru poziția 68 (B_33), având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății și este egal cu TCP-ul pentru anul 2021.

3. TCP-ul pentru anul 2022 se poate majora cu până la 15% pentru poziția 13 (AG02), poziția 29 (B_01), poziția 31 (B_03), poziția 33 (B_05), poziția 51 (B_15), poziția 58 (B_20), poziția 60 (B_22), poziția 62 (B_25), poziția 64 (B_28), poziția 65 (B_29), poziția 70 (B_35), poziția 78 (B_80), poziția 115 (BV03), poziția 137 (CJ03), poziția 205 (GL02), poziția 237 (IS02), poziția 260 (M07), poziția 267 (M15), poziția 320 (PH99), poziția 327 (SB08), poziția 366 (TM01) și poziția 368 (TM03), având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății, și este egal cu TCP-ul pentru anul 2021.

***) Durata medie de spitalizare a fiecărui spital pentru anul 2022 este durata medie de spitalizare realizată de spital în anul 2021. Pentru spitalele cu o durată medie de spitalizare realizată în anul 2021 mai mică decât media celor mai mici 5 durate de spitalizare pe secții realizate în anul 2021 prevăzute în anexa nr. 25 la prezentul ordin, durata medie de spitalizare în anul 2022 este de 2,70.

****) Pentru poziția 92 (BH01) și poziția 305 (PH01), ICM și DMS pentru anul 2022 au fost calculate luând în considerare situația cumulativă a cazurilor realizate în 2021 de către Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea și Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu" Oradea respectiv Spitalul Județean de Urgență Ploiești și Spitalul de Obstetrică-Ginecologie Ploiești."

141. Anexa 23 B II se modifică și va avea următorul cuprins:

"Anexa 23 B II

Nr.Crt.	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurgicală sau Altele (M/C/A)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativa	DMS	Mediana DS in sectiile ATI national
1	0	A	A2010	Oxygenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28,5797	18,07	10,00
2	0	A	A2021	Intubatie varsta<16 cu CC	4,1332	10,27	1,00
3	0	A	A2022	Intubatie varsta<16 fara CC	1,6508	4,28	1,00
4	0	C	A1010	Transplant de ficat	0,0000		-
5	0	C	A1020	Transplant de plaman/inima sau plaman	0,0000		-
6	0	C	A1030	Transplant de inima	0,0000		-
7	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilatie >95 ore	14,2331	17,12	8,00
8	0	C	A1050	Transplant alogenic de maduva osoasa	0,0000		-
9	0	C	A1061	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofale	0,0000		-
10	0	C	A1062	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofale	0,0000		-
11	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0,0000		-
12	0	C	A1072	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofale	0,0000		-
13	1	A	B2010	Plasmaferiza cu boli neurologice	0,8002	19,13	0,50
14	1	A	B2020	Monitorizare telemetrica EEG	0,8317	5,57	-
15	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1,7579	7,95	0,50
16	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5,8344	12,96	1,00
17	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3,4275	12,22	1,00
18	1	C	B1023	Craniotomie fara CC	2,5833	9,31	1,00

19	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4,2466	6,24	0,50
20	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fara CC catastrofale sau severe	2,0414	4,64	0,50
21	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2,2682	7,30	1,00
22	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofale sau severe	1,4176	4,82	1,00
23	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0,3276	1,99	0,50
24	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4,3915	4,51	1,00
25	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofale sau severe	0,7561	2,41	0,50
26	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2,0099	4,93	0,50
27	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0,7120	3,12	0,50
28	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale	5,0342	10,00	2,00
29	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale	1,5122	8,01	1,00
30	1	M	B3021	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4,8704	7,33	2,00
31	1	M	B3022	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	1,2601	5,94	1,00
32	1	M	B3030	Internare pentru afereza	0,1827		-
33	1	M	B3040	Dementa si alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1,7957	9,43	2,00
34	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1,7579	10,56	-
35	1	M	B3052	Delir fara CC catastrofale	0,8884	9,64	-
36	1	M	B3060	Paralizie cerebrala	0,3339	6,96	-
37	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,6445	6,81	1,00
38	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0,7624	4,59	1,00
39	1	M	B3081	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2,1233	8,66	3,00
40	1	M	B3082	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	0,8821	6,24	-
41	1	M	B3083	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0,4032	5,05	0,50
42	1	M	B3091	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1,8776	4,81	-
43	1	M	B3092	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0,3591	4,09	-
44	1	M	B3101	AIT si ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau severe	0,9766	5,78	-
45	1	M	B3102	AIT si ocluzie precerebrala fara CC catastrofale sau severe	0,4284	4,75	-
46	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2,9991	11,79	4,00
47	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1,6319	8,58	2,00
48	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fara CC catastrofale sau severe	1,0585	7,17	2,50
49	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0,3969	2,00	1,00
50	1	M	B3121	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici cu CC	1,2223	5,56	1,00
51	1	M	B3122	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici fara CC	0,2520	4,79	-

52	1	M	B3131	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2,7786	10,54	2,00
53	1	M	B3132	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofale sau severe	1,1467	7,71	2,00
54	1	M	B3140	Menigita virala	0,6175	10,93	-
55	1	M	B3150	Stupoare si coma non-traumatica	0,5482	5,14	2,00
56	1	M	B3160	Convulsii febrile	0,2835	3,12	-
57	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1,1089	5,34	2,00
58	1	M	B3172	Atacuri fara CC catastrofale sau severe	0,3717	3,98	1,00
59	1	M	B3180	Cefalee	0,2709	4,50	-
60	1	M	B3191	Leziune intracraniana cu CC catastrofale sau severe	1,9973	6,74	2,00
61	1	M	B3192	Leziune intracraniana fara CC catastrofale sau severe	0,8191	5,25	1,00
62	1	M	B3200	Fracturi craniene	0,6616	4,31	-
63	1	M	B3210	Alta leziune a capului	0,2394	3,88	-
64	1	M	B3221	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,5059	6,57	1,00
65	1	M	B3222	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0,5545	10,35	1,00
66	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1,2853	4,83	0,50
67	2	C	C1020	Enucleeri si proceduri ale orbitei	1,1278	3,18	0,50
68	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0,6616	2,20	0,50
69	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0,8884	6,18	-
70	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0,6112	2,78	0,50
71	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0,4284	2,63	0,50
72	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0,4599	3,15	0,50
73	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0,4158	3,02	-
74	2	C	C1090	Proceduri privind caile lacrimare	0,2835	3,45	-
75	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0,3150	2,32	0,50
76	2	C	C1111	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei	0,8191	2,58	0,50
77	2	C	C1112	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei, de zi	0,4284	0,00	-
78	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0,6049	2,09	-
79	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0,4095	0,00	-
80	2	M	C3011	Infectii oculare acute si majore varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,1404	5,02	-
81	2	M	C3012	Infectii oculare acute si majore varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0,7057	4,48	-
82	2	M	C3020	Tulburari neurologice si vasculare ale ochiului	0,4347	4,60	-
83	2	M	C3030	Hifema si traume oculare tratate medical	0,2898	4,33	-
84	2	M	C3041	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0,7498	4,17	-
85	2	M	C3042	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0,2961	4,18	-
86	3	A	D2010	Extractii dentare si restaurare	0,3402	2,44	1,00
87	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afectiuni ORL	0,2016	0,00	-
88	3	C	D1010	Implant cohlear	4,6436	7,28	1,00
89	3	C	D1021	Proceduri ale capului si gatului cu CC catastrofale sau severe	4,2655	4,08	1,00
90	3	C	D1022	Proceduri ale capului si gatului cu stare maligna sau CC moderate	1,8335	7,30	1,00
91	3	C	D1023	Proceduri ale capului si gatului fara stare maligna fara CC	1,1152	4,30	1,00

92	3	C	D1030	Cura chirurgicala a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1,1026	5,77	0,50
93	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-faciala cu CC	1,6193	4,43	0,50
94	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-faciala fara CC	0,9325	4,00	1,00
95	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1,4239	5,94	1,00
96	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei si urechii medii	0,8947	5,04	0,50
97	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0,5671	3,95	0,50
98	3	C	D1080	Proceduri nasale	0,5293	3,09	0,50
99	3	C	D1090	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0,4284	2,14	0,50
100	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0,6427	4,15	0,50
101	3	C	D1110	Miringotomie cu insertie de tub	0,2457	2,24	-
102	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii si glandei salivare	0,4978	3,53	1,00
103	3	M	D3011	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului cu CC catastrofale sau severe	1,8146	6,46	0,50
104	3	M	D3012	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului fara CC catastrofale sau severe	0,5608	4,90	0,50
105	3	M	D3020	Dezechilibru	0,3213	5,27	-
106	3	M	D3030	Epistaxis	0,2961	4,23	2,00
107	3	M	D3041	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0,5293	4,17	1,00
108	3	M	D3042	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC	0,3024	4,20	0,50
109	3	M	D3050	Laringotraheita si epiglotita	0,2394	3,95	-
110	3	M	D3060	Traumatism si diformitate nazale	0,2583	3,22	0,50
111	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul cu CC	0,6490	4,19	0,50
112	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul fara CC	0,2457	3,78	0,50
113	3	M	D3081	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor	0,5293	3,39	0,50
114	3	M	D3082	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor de zi	0,1449	0,00	-
115	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3,6985	9,79	4,00
116	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2,6337	11,49	4,00
117	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0,2016	0,00	-
118	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4,1017	10,18	1,00
119	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofale	2,1989	7,58	1,00
120	4	C	E1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3,6859	8,63	1,00
121	4	C	E1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC severe	1,5311	3,58	0,50
122	4	C	E1023	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4,06	0,50
123	4	M	E3011	Fibroza cistica cu CC catastrofale sau severe	2,6652	9,67	-
124	4	M	E3012	Fibroza cistica fara CC catastrofale sau severe	2,0036	4,84	-
125	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1,5374	8,58	2,00
126	4	M	E3022	Embolism pulmonar fara CC catastrofale sau severe	0,7876	6,58	3,00
127	4	M	E3031	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofale	1,6697	10,44	3,00
128	4	M	E3032	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC severe sau moderate	0,9703	9,55	3,00
129	4	M	E3033	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0,5608	8,76	3,00
130	4	M	E3040	Apnee de somn	0,2835	3,60	-

131	4	M	E3050	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0,8758	7,96	3,00
132	4	M	E3061	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1,1467	7,65	2,00
133	4	M	E3062	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0,6805	5,87	-
134	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 cu CC	1,4302	5,11	-
135	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 sau cu CC	0,7435	4,61	2,00
136	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC	0,4032	3,76	-
137	4	M	E3081	Semne si simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0,6679	7,49	3,00
138	4	M	E3082	Semne si simptome respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0,3087	4,60	-
139	4	M	E3090	Pneumotorax	0,7309	6,59	1,00
140	4	M	E3101	Bronsita si astm varsta >49 cu CC	0,7624	6,74	-
141	4	M	E3102	Bronsita si astm varsta >49 sau cu CC	0,5041	4,62	-
142	4	M	E3103	Bronsita si astm varsta <50 fara CC	0,3339	3,86	-
143	4	M	E3111	Tuse convulsiva si broniolita acuta cu CC	1,0396	4,84	2,00
144	4	M	E3112	Tuse convulsiva si broniolita acuta fara CC	0,5608	3,79	-
145	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1,6508	5,74	1,00
146	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0,8758	5,17	0,50
147	4	M	E3123	Tumori respiratorii fara CC	0,4725	3,71	0,50
148	4	M	E3130	Probleme respiratorii aparute in perioada neonatala	0,9829	3,65	-
149	4	M	E3141	Revarsat pleural cu CC catastrofale	1,6634	8,01	1,00
150	4	M	E3142	Revarsat pleural cu CC severe	1,0396	7,16	-
151	4	M	E3143	Revarsat pleural fara CC catastrofale sau severe	0,6049	6,28	-
152	4	M	E3151	Boala interstitiala pulmonara cu CC catastrofale	1,6760	8,29	3,00
153	4	M	E3152	Boala interstitiala pulmonara cu CC severe	1,1530	6,60	2,00
154	4	M	E3153	Boala interstitiala pulmonara fara CC catastrofale sau severe	0,6616	6,25	1,00
155	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 cu CC	0,9388	6,72	2,00
156	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 sau cu CC	0,6364	11,60	1,00
157	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta <65 fara CC	0,3843	3,51	-
158	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3,4401	8,14	3,00
159	5	A	F2021	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1,7327	4,11	1,00
160	5	A	F2022	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	1,0648	3,13	-
161	5	A	F2031	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1,0396	3,28	1,00
162	5	A	F2032	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0,5608	1,97	1,00
163	5	C	F1011	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7,3276	6,45	1,00
164	5	C	F1012	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fara CC catastrofale sau severe	6,3195	5,53	-
165	5	C	F1020	Implant/Inlocuire componenta AICD	6,3447	8,34	1,00
166	5	C	F1030	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8,8524	15,21	2,00
167	5	C	F1041	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale	6,1557	13,73	2,00

168	5	C	F1042	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale	4,3663	7,38	1,00
169	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale	6,5779	17,56	2,50
170	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale	4,9397	11,57	2,00
171	5	C	F1061	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4,0513	12,85	2,00
172	5	C	F1062	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale sau severe	3,0999	8,72	2,00
173	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofale	7,5230	15,81	2,00
174	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofale	4,5365	15,55	2,00
175	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofale	5,2232	8,83	1,00
176	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofale	2,5266	7,82	1,00
177	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofale	4,1143	5,94	1,00
178	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofale	2,6715	5,16	1,00
179	5	C	F1100	Interventie coronara percutanata cu IMA	1,8461	5,14	2,00
180	5	C	F1111	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior cu CC catastrofale	5,9037	13,12	1,00
181	5	C	F1112	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior fara CC catastrofale	2,9487	12,87	0,50
182	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1,9343	5,16	1,00
183	5	C	F1130	Amputatie a membrului superior si a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2,3375	10,41	0,50
184	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofale	3,1881	4,93	1,00
185	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC severe	1,3420	4,11	1,00
186	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofale sau severe	0,9388	3,91	1,00
187	5	C	F1150	Interventie coronara percutanata fara IMA cu implantare de stent	1,2853	3,07	0,50
188	5	C	F1160	Interventie coronara percutanata fara IMA fara implantare de stent	1,2538	3,37	-
189	5	C	F1170	Inlocuire de pacemaker cardiac	1,2538	3,58	1,00
190	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1,2160	4,57	-
191	5	C	F1190	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1,5689	6,00	0,50
192	5	C	F1200	Ligatura venelor si stripping	0,6616	3,76	1,00
193	5	C	F1211	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3,2385	8,15	2,00
194	5	C	F1212	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofale	1,2601	6,63	1,00
195	5	M	F3011	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1,3609	6,59	3,00

196	5	M	F3012	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	0,6553	4,60	2,00
197	5	M	F3013	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0,7561	3,07	1,00
198	5	M	F3020	Endocardita infectioasa	2,7471	18,46	1,00
199	5	M	F3031	Insuficienta cardiaca si soc cu CC catastrofale	1,6886	7,08	1,00
200	5	M	F3032	Insuficienta cardiaca si soc fara CC catastrofale	0,7561	6,20	1,00
201	5	M	F3041	Tromboza venoasa cu CC catastrofale sau severe	1,2538	7,49	2,00
202	5	M	F3042	Tromboza venoasa fara CC catastrofale sau severe	0,5734	6,29	-
203	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1,5689	6,99	-
204	5	M	F3061	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1,2853	5,84	1,00
205	5	M	F3062	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofale sau severe	0,4284	5,75	1,00
206	5	M	F3071	Ateroscleroza coronariana cu CC	0,5482	5,50	1,00
207	5	M	F3072	Ateroscleroza coronariana fara CC	0,2646	3,98	-
208	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0,7246	5,40	1,00
209	5	M	F3082	Hipertensiune fara CC	0,3528	5,26	-
210	5	M	F3090	Boala congenitala de inima	0,3780	3,98	1,00
211	5	M	F3101	Tulburari valvulare cu CC catastrofale sau severe	1,2034	5,54	1,00
212	5	M	F3102	Tulburari valvulare fara CC catastrofale sau severe	0,2520	4,00	-
213	5	M	F3111	Aritmie majora si stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0,9829	6,55	2,00
214	5	M	F3112	Aritmie majora si stop cardiac fara CC catastrofale sau severe	0,4473	5,10	1,00
215	5	M	F3121	Aritmie non-majora si tulburari de conducere cu CC catastrofale sau severe	0,9514	5,47	1,00
216	5	M	F3122	Aritmie non-majora si tulburari de conducere fara CC catastrofale sau severe	0,3654	3,81	1,00
217	5	M	F3131	Angina instabila cu CC catastrofale sau severe	0,8317	5,14	2,00
218	5	M	F3132	Angina instabila fara CC catastrofale sau severe	0,4221	3,49	1,00
219	5	M	F3141	Sincopa si colaps cu CC catastrofale sau severe	0,7876	5,18	-
220	5	M	F3142	Sincopa si colaps fara CC catastrofale sau severe	0,2961	3,27	-
221	5	M	F3150	Durere toracica	0,2646	3,00	-
222	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2,0414	7,32	2,00
223	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0,9892	6,21	1,00
224	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofale sau severe	0,5230	4,39	1,00
225	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0,9577	5,72	2,00
226	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0,1764	0,00	-
227	6	A	G2020	Colonoscopie complexa	0,4032	3,80	-
228	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1,5437	4,23	0,50
229	6	A	G2032	Alte colonoscopii fara CC catastrofale sau severe	0,6364	3,26	0,50
230	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0,2079	0,00	-
231	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0,7687	4,02	0,50
232	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0,1701	0,00	-
233	6	A	G2051	Gastroscopie complexa cu CC catastrofale sau severe	1,8335	4,92	1,00
234	6	A	G2052	Gastroscopie complexa fara CC catastrofale sau severe	0,8380	3,94	0,50
235	6	A	G2053	Gastroscopie complexa, de zi	0,2394	0,00	-

236	6	C	G1011	Rezectie rectala cu CC catastrofale	4,6940	13,11	1,00
237	6	C	G1012	Rezectie rectala fara CC catastrofale	2,6841	11,52	1,00
238	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros cu CC catastrofale	4,4356	11,65	1,00
239	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros fara CC catastrofale	2,1359	9,17	1,00
240	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului cu stare maligna	5,0909	11,18	2,00
241	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna cu CC catastrofale sau severe	3,8182	7,52	1,00
242	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna fara CC catastrofale sau severe	1,3672	4,56	1,00
243	6	C	G1041	Aderente peritoneale varsta >49 cu CC	2,8920	6,84	1,00
244	6	C	G1042	Aderente peritoneale varsta >49 sau cu CC	1,7579	4,95	1,00
245	6	C	G1043	Aderente peritoneale varsta <50 fara CC	1,0459	4,14	1,00
246	6	C	G1051	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros cu CC	1,9532	7,16	1,00
247	6	C	G1052	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros fara CC	1,0963	5,78	0,50
248	6	C	G1060	Piloromotomie	1,0648	7,55	-
249	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1,6886	4,84	0,50
250	6	C	G1072	Apendicectomie fara CC catastrofale sau severe	0,8443	4,12	0,50
251	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,0018	5,92	1,00
252	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofale sau severe	0,5923	4,50	0,50
253	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinala si femurala varsta >0	0,5797	4,05	0,50
254	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie varsta <1	0,5293	2,44	0,50
255	6	C	G1111	Proceduri anale si la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1,2097	4,74	0,50
256	6	C	G1112	Proceduri anale si la nivelul stomei fara CC catastrofale sau severe	0,4221	3,92	0,50
257	6	C	G1121	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2,8479	7,46	1,00
258	6	C	G1122	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofale sau severe	0,8317	5,94	1,00
259	6	M	G3011	Stare maligna digestiva cu CC catastrofale sau severe	0,9766	4,11	1,00
260	6	M	G3012	Stare maligna digestiva fara CC catastrofale sau severe	0,5041	3,43	1,00
261	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinala varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,4978	5,48	2,00
262	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinala varsta <65 fara CC catastrofale sau severe	0,2583	4,51	2,00
263	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0,9199	5,30	-
264	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0,2205	5,24	-
265	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0,5356	4,01	-
266	6	M	G3061	Ocluzie intestinala cu CC	0,9703	4,66	1,00
267	6	M	G3062	Ocluzie intestinala fara CC	0,4473	3,69	-
268	6	M	G3071	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0,4725	3,41	1,00
269	6	M	G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0,2331	2,86	-
270	6	M	G3081	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofale/severe	0,8065	5,79	2,00

271	6	M	G3082	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC catastrofale/severe	0,2709	4,59	1,00
272	6	M	G3091	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0,7498	3,38	2,00
273	6	M	G3092	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC	0,3402	3,08	-
274	6	M	G3100	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani	0,3717	2,63	1,00
275	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0,7813	4,36	1,00
276	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0,2394	3,79	1,00
277	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1,9469	6,92	2,00
278	7	A	H2021	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	2,0099	5,62	0,50
279	7	A	H2022	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofale sau severe	0,8380	4,16	-
280	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	1,8083	6,30	0,50
281	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderate	1,0144	3,74	-
282	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0,5860	3,79	-
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofale	5,5572	11,07	1,00
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofale	2,4825	7,26	1,00
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofale	4,2340	9,58	1,00
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderate sau severe)	2,3753	6,58	1,00
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1,3294	6,63	0,50
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2,4320	5,53	1,00
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofale sau severe	1,0648	4,65	1,00
290	7	C	H1040	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare si pancreatice	2,4825	6,24	1,00
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisa cu explorarea inchisa a CBP sau cu CC catastrofale	3,4780	8,45	1,00
292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisa fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale	1,5563	8,34	1,00
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopica cu explorarea inchisa a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,7075	4,90	1,00
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale sau severe	0,8443	3,87	0,50
295	7	M	H3011	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC catastrofale	1,9406	7,12	2,00
296	7	M	H3012	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC severe	0,9136	6,87	2,00
297	7	M	H3013	Ciroza si hepatita alcoolica fara CC catastrofale sau severe	0,4347	5,99	1,00
298	7	M	H3021	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1,3987	4,85	2,00
299	7	M	H3022	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 fara CC catastrofale sau severe) sau fara CC catastrofale	0,6301	3,98	0,50
300	7	M	H3031	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofale sau severe	1,4428	6,89	3,00

301	7	M	H3032	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofale sau severe	0,5797	5,63	3,00
302	7	M	H3041	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1,4996	5,73	2,00
303	7	M	H3042	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0,4095	4,73	1,00
304	7	M	H3051	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0,8569	4,88	1,00
305	7	M	H3052	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0,3465	3,94	1,00
306	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5,7966	15,70	1,00
307	8	C	I1021	Transfer de tesut microvascular sau (grefa de piele cu CC catastrofale sau severe), cu exceptia mainii	6,9181	6,59	0,50
308	8	C	I1022	Grefe pe piele fara CC catastrofale sau severe, cu exceptia mainii	2,7534	4,73	0,50
309	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofale sau severe	6,1935	13,44	1,00
310	8	C	I1032	Inlocuire sold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofale sau severe	3,3834	8,80	1,00
311	8	C	I1033	Inlocuire sold fara CC catastrofale sau severe	2,7597	8,62	1,00
312	8	C	I1040	Inlocuire si reatasare de genunchi	2,8920	7,89	1,00
313	8	C	I1050	Alte proceduri majore de inlocuire a articulatiilor si reatasare a unui membru	2,6652	6,31	1,00
314	8	C	I1060	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6,1683	13,56	1,50
315	8	C	I1070	Amputatie	4,8767	13,71	1,00
316	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului cu CC catastrofale sau severe	3,1188	9,39	1,00
317	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului fara CC catastrofale sau severe	1,9280	8,68	0,50
318	8	C	I1091	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofale sau severe	5,6517	6,10	0,50
319	8	C	I1092	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofale sau severe	3,0432	5,67	0,50
320	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului cu CC catastrofale sau severe	2,6967	6,54	0,50
321	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului fara CC catastrofale sau severe	1,3546	4,90	0,50
322	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrilor	2,0603	4,86	0,50
323	8	C	I1121	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4,9334	9,51	0,50
324	8	C	I1122	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC severe	2,6274	4,72	0,50
325	8	C	I1123	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv fara CC catastrofale sau severe	1,3546	4,66	0,50
326	8	C	I1131	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei cu CC catastrofale sau severe	2,9298	7,13	0,50
327	8	C	I1132	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	1,6004	7,30	0,50
328	8	C	I1133	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	1,2034	6,08	0,50
329	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputatie	1,4870	8,06	0,50
330	8	C	I1150	Chirurgie cranio-faciala	1,9343	7,79	1,00

331	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umarului	0,8695	2,85	0,50
332	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-faciala	1,4113	5,14	1,00
333	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0,5167	2,96	0,50
334	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului si antebratului	0,9829	4,08	0,50
335	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0,7939	4,61	0,50
336	8	C	I1210	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului si femurului	0,8506	4,71	0,50
337	8	C	I1220	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur	0,4221	2,68	0,50
338	8	C	I1230	Artroscopie	0,4536	2,16	0,50
339	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor si a incheieturilor, incluzand biopsia	1,8146	3,91	1,00
340	8	C	I1251	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2,1422	5,41	0,50
341	8	C	I1252	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofale sau severe	0,6868	3,82	0,50
342	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2,4699	4,38	0,50
343	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0,7435	3,72	0,50
344	8	C	I1270	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1,0711	2,68	0,50
345	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mainii	0,5545	2,74	0,50
346	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1,7579	4,75	-
347	8	M	I3020	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1,3483	5,72	-
348	8	M	I3030	Entorse, luxatii si dislocari ale soldului, pelvisului si coapsei	0,5356	4,14	0,50
349	8	M	I3041	Osteomielite cu CC	2,0162	9,92	-
350	8	M	I3042	Osteomielite fara CC	0,7120	7,33	-
351	8	M	I3051	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofale sau severe	1,3609	5,19	1,00
352	8	M	I3052	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofale sau severe	0,5671	3,61	0,50
353	8	M	I3061	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2,2178	5,16	1,00
354	8	M	I3062	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofale sau severe	0,4221	4,26	-
355	8	M	I3071	Artrita septica cu CC catastrofale sau severe	2,3564	9,63	-
356	8	M	I3072	Artrita septica fara CC catastrofale sau severe	0,7939	5,53	-
357	8	M	I3081	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1,3294	5,62	1,00
358	8	M	I3082	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0,6049	4,79	1,00
359	8	M	I3083	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0,1890	0,00	-
360	8	M	I3091	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 cu CC catastrofale sau severe	1,5626	6,25	-
361	8	M	I3092	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,5923	4,75	-
362	8	M	I3093	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0,2898	3,62	0,50
363	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0,5482	6,14	-
364	8	M	I3111	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 cu CC	0,8695	8,50	-
365	8	M	I3112	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 sau cu CC	0,4032	4,91	-
366	8	M	I3113	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC	0,2646	3,45	-

367	8	M	I3121	Tulburari musculotendinoase specifice varsta >79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,2034	5,82	-
368	8	M	I3122	Tulburari musculotendinoase specifice varsta <80 fara CC catastrofale sau severe	0,3339	3,75	-
369	8	M	I3131	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1,7768	8,03	-
370	8	M	I3132	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6427	5,84	-
371	8	M	I3133	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0,3465	3,08	0,50
372	8	M	I3141	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 cu CC	1,1026	4,40	-
373	8	M	I3142	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC	0,4284	2,94	0,50
374	8	M	I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC	0,2835	2,29	0,50
375	8	M	I3151	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta >64 cu CC	1,3861	4,66	0,50
376	8	M	I3152	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta >64 sau cu CC	0,5860	3,75	0,50
377	8	M	I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC	0,2961	2,82	0,50
378	8	M	I3161	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 cu CC	1,1467	6,46	-
379	8	M	I3162	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 sau cu CC	0,4788	4,11	1,00
380	8	M	I3163	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC	0,2583	3,04	0,50
381	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2,0477	5,69	-
382	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofale sau severe	0,9262	4,90	-
383	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1,2979	6,45	1,00
384	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofale sau severe	0,4284	4,74	0,50
385	9	C	J1010	Transfer de tesut microvascular pentru piele, tesut subcutanat si tulburari ale sanului	4,8137	7,53	0,50
386	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1,2097	6,49	1,00
387	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0,9829	3,93	0,50
388	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0,5482	3,19	0,50
389	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0,3780	2,80	0,50
390	9	C	J1041	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2,0918	4,86	0,50
391	9	C	J1042	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4,07	0,50
392	9	C	J1050	Proceduri perianale si pilonidale	0,4978	3,48	0,50
393	9	C	J1060	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirurgie plastica la nivelul sanului	0,4473	3,80	0,50
394	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului	0,2709	3,96	0,50
395	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofale	4,7444	9,81	1,00
396	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale cu grefa de piele/lambou de reparare	2,6148	15,09	-
397	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale fara grefa de piele/lambou de reparare	1,7768	7,03	0,50

398	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofale sau severe)	2,4194	9,34	-
399	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara (grefa de piele si (CC catastrofale sau severe)	0,8947	5,43	0,50
400	9	C	J1100	Reconstructii majore ale sanului	3,5347	8,00	-
401	9	M	J3011	Ulceratii ale pielii	1,4491	7,09	2,00
402	9	M	J3012	Ulceratie ale pielii, de zi	0,1260	0,00	-
403	9	M	J3021	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6742	4,43	1,00
404	9	M	J3022	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofale sau severe)	0,2394	3,52	-
405	9	M	J3030	Tulburari nemaligne ale sanului	0,2772	3,47	-
406	9	M	J3041	Celulita varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1,3420	7,84	1,00
407	9	M	J3042	Celulita (varsta >59 fara CC catastrofale sau severe) sau varsta <60	0,5608	5,47	1,00
408	9	M	J3051	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta >69	0,5545	5,04	-
409	9	M	J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70	0,2709	3,19	1,00
410	9	M	J3061	Tulburari minore ale pielii	0,5923	4,29	0,50
411	9	M	J3062	Tulburari minore ale pielii, de zi	0,1575	0,00	-
412	9	M	J3071	Tulburari majore ale pielii	0,9199	4,73	1,00
413	9	M	J3072	Tulburari majore ale pielii, de zi	0,0882	0,00	-
414	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC, de zi	0,3843	0,00	-
415	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3,7867	8,92	1,00
416	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiza	2,7849	9,65	1,00
417	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2,6085	7,31	1,00
418	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1,5689	4,72	1,00
419	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1,2664	4,50	0,50
420	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1,1152	4,84	1,00
421	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1,3357	5,54	1,00
422	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0,6616	4,68	-
423	10	C	K1090	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional si metabolic	2,7849	6,44	1,00
424	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1,2790	6,41	2,00
425	10	M	K3012	Diabet fara CC catastrofale sau severe	0,5734	5,16	2,00
426	10	M	K3020	Perturbare nutritionala severa	2,3060	5,53	1,00
427	10	M	K3031	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofale	1,5185	6,52	2,00
428	10	M	K3032	Diverse tulburari metabolice varsta >74 sau cu CC severe	0,7246	4,11	1,00
429	10	M	K3033	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0,3843	2,99	1,00
430	10	M	K3040	Erori innascute de metabolism	0,4158	3,28	-
431	10	M	K3051	Tulburari endocrine cu CC catastrofale sau severe	1,4239	3,65	1,00
432	10	M	K3052	Tulburari endocrine fara CC catastrofale sau severe	0,4851	3,07	-
433	11	A	L2010	Ureteroscopie	0,6238	3,15	0,50
434	11	A	L2020	Cistoutrosopie, de zi	0,2016	0,00	-
435	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0,3969	3,35	-

436	11	C	L1011	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofale sau severe	4,0576	13,82	-
437	11	C	L1012	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofale sau severe	1,1971	7,14	-
438	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4,1332	9,25	1,00
439	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofale sau severe	2,7345	7,01	1,00
440	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3,6229	5,31	0,50
441	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1,8461	4,61	0,50
442	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne fara CC	1,2790	4,18	1,00
443	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	2,2241	7,13	0,50
444	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0,8821	6,71	1,00
445	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1,9847	4,88	0,50
446	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofale sau severe	0,6364	4,21	0,50
447	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1,2790	4,73	0,50
448	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofale sau severe	0,5230	4,09	0,50
449	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0,8569	4,15	0,50
450	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fara CC	0,5419	3,41	0,50
451	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	4,9460	6,16	1,00
452	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC severe	2,1233	3,96	0,50
453	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	1,0459	3,49	0,50
454	11	M	L3011	Insuficienta renala cu CC catastrofale	2,2556	8,07	1,00
455	11	M	L3012	Insuficienta renala cu CC severe	1,2160	6,53	1,00
456	11	M	L3013	Insuficienta renala fara CC catastrofale sau severe	0,6364	4,82	1,00
457	11	M	L3020	Internare pentru dializa renala	0,0945		-
458	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1,2601	4,93	0,50
459	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,6112	2,90	0,50
460	11	M	L3041	Infectii ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	1,6445	6,63	-
461	11	M	L3042	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta >69 sau cu CC severe	0,7435	5,72	1,00
462	11	M	L3043	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	0,4284	4,60	0,50
463	11	M	L3050	Pietre si obstructie urinara	0,3276	3,31	0,50
464	11	M	L3061	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0,9262	4,20	1,00
465	11	M	L3062	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,3339	3,24	0,50
466	11	M	L3070	Strictura uretrala	0,3528	3,42	-

467	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	2,0603	7,47	-
468	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC severe	0,8947	4,79	1,00
469	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,3087	3,60	0,50
470	12	A	M2010	Cistouretroscopie fara CC, de zi	0,1890	0,00	-
471	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la barbat	2,7723	10,16	1,00
472	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	1,6823	6,63	0,50
473	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0,8695	6,55	0,50
474	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1,0963	3,20	0,50
475	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0,5734	2,74	0,50
476	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1,0711	3,33	0,50
477	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0,4410	3,14	0,50
478	12	C	M1050	Circumcizie	0,3213	2,48	0,50
479	12	C	M1061	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1,9217	3,60	0,50
480	12	C	M1062	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0,6049	5,62	0,50
481	12	M	M3011	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1,0081	4,83	0,50
482	12	M	M3012	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofale sau severe	0,3465	3,03	0,50
483	12	M	M3021	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofale sau severe	1,0837	3,86	-
484	12	M	M3022	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofale sau severe	0,2835	3,85	-
485	12	M	M3031	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0,7687	4,64	0,50
486	12	M	M3032	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0,3402	4,12	0,50
487	12	M	M3040	Sterilizare, barbati	0,2646	1,00	-
488	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0,2520	3,00	0,50
489	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afectiuni ale sistemul reproductiv feminin	0,1890	0,00	-
490	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului si vulvectomie radicala	3,3456	9,86	1,00
491	13	C	N1021	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3,0243	6,57	1,00
492	13	C	N1022	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1,6949	5,11	1,00
493	13	C	N1031	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2,5833	4,80	1,00
494	13	C	N1032	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1,5878	4,05	1,00
495	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemaligna	1,1719	6,39	1,00
496	13	C	N1051	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1,9784	6,50	1,00
497	13	C	N1052	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofale sau severe	0,9955	5,05	1,00
498	13	C	N1060	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0,9514	4,98	1,00
499	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin si anexe pentru stare nemaligna	0,5104	2,48	0,50
500	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0,4536	3,87	1,00
501	13	C	N1090	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei	0,3087	2,78	0,50

502	13	C	N1100	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica	0,2898	1,96	0,50
503	13	C	N1111	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta >64 cu stare maligna sau cu CC	2,8668	3,21	0,50
504	13	C	N1112	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC	0,3717	1,96	0,50
505	13	M	N3011	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1,0963	5,48	1,00
506	13	M	N3012	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin fara CC catastrofale sau severe	0,5797	3,49	0,50
507	13	M	N3020	Infectii, sistem reproductiv feminin	0,3969	3,52	0,50
508	13	M	N3031	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0,4347	3,04	0,50
509	13	M	N3032	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0,1827	2,47	0,50
510	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcina, nastere sau lauzie	0,1890	0,00	-
511	14	C	O1011	Nastere prin cezariana cu CC catastrofale	2,3123	5,40	1,00
512	14	C	O1012	Nastere prin cezariana cu CC severe	1,5752	4,80	1,00
513	14	C	O1013	Nastere prin cezariana fara CC catastrofale sau severe	1,2223	4,53	1,00
514	14	C	O1021	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1,2412	4,39	0,50
515	14	C	O1022	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,9388	4,35	0,50
516	14	C	O1030	Sarcina ectopica	0,8128	4,32	1,00
517	14	C	O1040	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0,5860	2,69	0,50
518	14	C	O1050	Avort cu proceduri in sala de operatii	0,2835	2,04	0,50
519	14	M	O3011	Nastere vaginala cu CC catastrofale sau severe	1,0270	4,41	0,50
520	14	M	O3012	Nastere vaginala fara CC catastrofale sau severe	0,7309	4,42	1,00
521	14	M	O3013	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0,6238	3,94	0,50
522	14	M	O3020	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0,3402	5,36	1,00
523	14	M	O3030	Avort fara proceduri in sala de operatii	0,2394	2,33	-
524	14	M	O3041	Travaliu fals inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofale	0,3276	2,94	-
525	14	M	O3042	Travaliu fals dupa 37 saptamani fara CC catastrofale	0,1449	2,31	-
526	14	M	O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0,3654	2,96	0,50
527	14	M	O3052	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice, de zi	0,0945	0,00	-
528	15	C	P1010	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare,, cu proceduri semnificative in sala de operatii	0,7561	1,84	-
529	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-nascuti	15,7327	24,61	4,00
530	15	C	P1030	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	12,4375	36,26	-
531	15	C	P1040	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	9,9109	44,53	16,00
532	15	C	P1050	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	6,4140	28,18	10,00
533	15	C	P1061	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	10,1629	22,99	9,00
534	15	C	P1062	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme multiple majore	3,2700	6,70	5,00

535	15	M	P3011	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu diagnostic neonatal	0,2709	1,35	1,00
536	15	M	P3012	Nou- nascut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval <5zile de la internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara diagnostic neonatal	0,4536	1,27	1,00
537	15	M	P3020	Nou- nascut, greutate la internare < 750 g	22,6886	27,48	-
538	15	M	P3030	Nou- nascut, greutate la internare 750-999 g	15,7579	26,82	18,50
539	15	M	P3040	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1249 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	6,0801	8,40	10,00
540	15	M	P3050	Nou- nascut, greutate la internare 1250-1499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	4,5113	12,39	10,00
541	15	M	P3061	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	4,6751	12,41	8,50
542	15	M	P3062	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	3,1944	10,03	6,00
543	15	M	P3063	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	2,3312	9,61	6,00
544	15	M	P3064	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	2,1296	3,45	-
545	15	M	P3071	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2,5581	10,73	7,00
546	15	M	P3072	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	2,0918	6,25	4,00
547	15	M	P3073	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	1,4176	5,75	3,00
548	15	M	P3074	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0,6301	4,82	-
549	15	M	P3081	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2,2934	6,69	5,00
550	15	M	P3082	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	1,3042	4,09	3,00
551	15	M	P3083	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	0,7309	3,79	2,00
552	15	M	P3084	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0,3150	3,23	2,00
553	16	C	Q1010	Splenectomie	2,3753	9,88	1,00
554	16	C	Q1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3,3582	4,88	1,00
555	16	C	Q1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice fara CC catastrofale sau severe	0,6175	4,67	0,50
556	16	M	Q3011	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1,5563	4,89	1,00
557	16	M	Q3012	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe cu stare maligna	0,7120	2,85	-
558	16	M	Q3013	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe fara stare maligna	0,2331	3,64	0,50
559	16	M	Q3021	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofale	1,3168	5,98	1,00
560	16	M	Q3022	Tulburari ale globulelor rosii cu CC severe	0,6490	5,52	0,50
561	16	M	Q3023	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofale sau severe	0,2268	4,23	0,50
562	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0,3969	5,39	1,00

563	17	C	R1011	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	6,3195	7,40	1,00
564	17	C	R1012	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	2,0162	4,68	0,50
565	17	C	R1021	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	3,3960	7,72	1,00
566	17	C	R1022	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	1,8398	5,89	1,00
567	17	C	R1031	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4,8767	11,57	0,50
568	17	C	R1032	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,9892	4,37	0,50
569	17	C	R1041	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1,5248	4,24	0,50
570	17	C	R1042	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,7120	3,21	0,50
571	17	M	R3011	Leucemie acuta cu CC catastrofale	5,3870	13,99	0,50
572	17	M	R3012	Leucemie acuta cu CC severe	1,0648	5,36	0,50
573	17	M	R3013	Leucemie acuta fara CC catastrofale sau severe	0,6112	5,05	-
574	17	M	R3021	Limfom si leucemie non-acuta cu CC catastrofale	3,0936	6,15	0,50
575	17	M	R3022	Limfom si leucemie non-acuta fara CC catastrofale	1,0207	3,77	0,50
576	17	M	R3023	Limfom si leucemie non-acuta, de zi	0,1323	0,00	-
577	17	M	R3031	Alte tulburari neoplazice cu CC	1,1656	3,85	0,50
578	17	M	R3032	Alte tulburari neoplazice fara CC	0,4914	3,21	0,50
579	17	M	R3040	Chimioterapie	0,1512	3,19	-
580	17	M	R3050	Radioterapie	0,4095	10,00	-
581	18	C	T1011	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC catastrofale	5,6769	10,47	1,00
582	18	C	T1012	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC severe sau moderate	2,4888	6,30	0,50
583	18	C	T1013	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare fara CC	1,3231	6,32	0,50
584	18	M	S3010	HIV, de zi	0,1890	0,00	-
585	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5,4627	8,62	1,00
586	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2,4320	5,68	-
587	18	M	S3023	Boli conexe HIV fara CC catastrofale sau severe	1,5941	6,43	-
588	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1,7327	8,71	2,00
589	18	M	T3012	Septicemie fara CC catastrofale sau severe	0,8254	5,55	1,00
590	18	M	T3021	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,9514	9,53	-
591	18	M	T3022	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0,5545	6,72	-
592	18	M	T3031	Febra de origine necunoscuta cu CC	0,8443	3,82	-
593	18	M	T3032	Febra de origine necunoscuta fara CC	0,3969	4,14	-
594	18	M	T3041	Boala virala varsta >59 sau cu CC	0,5734	10,42	4,00
595	18	M	T3042	Boala virala varsta <60 fara CC	0,3087	9,33	-
596	18	M	T3051	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1,8146	6,10	2,00

597	18	M	T3052	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofale sau severe	0,5608	5,12	-
598	19	A	U2010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0,1197	0,00	-
599	19	M	U3010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0,1134	0,00	-
600	19	M	U3021	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2,3942	16,44	-
601	19	M	U3022	Tulburari schizofrenice fara statut legal al sanatatii mentale	1,3168	15,41	2,00
602	19	M	U3031	Paranoia si tulburare psihica acuta cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1,9280	11,90	-
603	19	M	U3032	Paranoia si tulburare psihica acuta fara CC catastrofale/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0,9325	11,97	-
604	19	M	U3041	Tulburari afective majore varsta >69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2,2367	10,12	1,00
605	19	M	U3042	Tulburari afective majore varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	1,4996	10,24	1,00
606	19	M	U3050	Alte tulburari afective si somatoforme	0,8695	7,18	-
607	19	M	U3060	Tulburari de anxietate	0,6553	5,89	-
608	19	M	U3070	Supralimentatie si tulburari obsesiv-compulsive	3,3204	7,97	-
609	19	M	U3080	Tulburari de personalitate si reactii acute	0,8002	6,16	1,00
610	19	M	U3090	Tulburari mentale in copilarie	1,6634	4,41	0,50
611	20	M	V3011	Intoxicatie cu alcool si sevrage cu CC	0,5545	7,73	-
612	20	M	V3012	Intoxicatie cu alcool si sevrage fara CC	0,2457	5,91	-
613	20	M	V3020	Intoxicatii medicamentoase si sevrage	0,7309	13,34	-
614	20	M	V3031	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool	0,6805	7,90	-
615	20	M	V3032	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool, de zi	0,0882	0,00	-
616	20	M	V3041	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee	0,3843	8,92	-
617	20	M	V3042	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee, pacient plecat impotriva avizului medical	0,3591	2,71	-
618	20	M	V3050	Alte tulburari si dependente datorita consumului de droguri	0,3843	6,44	-
619	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traumatisme multiple semnificative	15,2538	23,69	5,00
620	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur si membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5,9478	12,51	1,00
621	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4,5617	11,69	2,00
622	21	C	W1040	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5,0405	12,79	1,00
623	21	C	X1010	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0,8380	4,65	0,50
624	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta >59 sau cu CC	1,8272	8,37	0,50
625	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta <60 fara CC	0,7624	5,44	0,50
626	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0,5545	3,14	0,50
627	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2,1611	5,41	1,00
628	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fara CC catastrofale sau severe	0,6553	4,61	0,50
629	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3,5158	11,29	0,50

630	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofale sau severe	1,5437	9,04	0,50
631	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS<5 zile	0,9766	1,53	1,00
632	21	M	W3020	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2,0036	7,90	2,00
633	21	M	X3011	Leziuni varsta >64 cu CC	0,8506	6,61	1,00
634	21	M	X3012	Leziuni varsta >64 fara CC	0,2772	4,80	-
635	21	M	X3013	Leziuni varsta <65	0,2268	4,04	0,50
636	21	M	X3020	Reactii alergice	0,2457	2,79	-
637	21	M	X3031	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta >59 sau cu CC	0,5860	3,19	1,00
638	21	M	X3032	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta <60 fara CC	0,2457	1,94	1,00
639	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0,9577	7,01	1,00
640	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofale sau severe	0,3906	5,63	-
641	21	M	X3051	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta >59 sau cu CC	0,6490	4,95	-
642	21	M	X3052	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta <60 fara CC	0,2268	3,94	-
643	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adancime completa	28,8695	32,69	-
644	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefa de piele varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5,9163	24,68	-
645	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefa de piele varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	1,9469	15,90	-
646	22	C	Y1030	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1,1971	10,97	-
647	22	M	Y2011	Alte arsuri varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1,5311	9,07	-
648	22	M	Y2012	Alte arsuri varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	0,4347	6,42	-
649	22	M	Y3010	Arsuri, pacienti trasferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0,2520	1,27	-
650	22	M	Y3020	Arsuri grave	0,9325	9,76	-
651	23	A	Z2010	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0,1701	2,54	-
652	23	C	Z1011	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate cu CC catastrofale/sever	1,0585	3,63	-
653	23	C	Z1012	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofale/sever	0,4536	4,10	-
654	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2,1989	6,34	-
655	23	M	Z3012	Reabilitare fara CC catastrofale sau severe	1,1341	3,49	-
656	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0,1575	0,00	-
657	23	M	Z3020	Semne si simptome	0,4410	4,16	-
658	23	M	Z3030	Monitorizare fara endoscopie	0,1890	8,51	-
659	23	M	Z3041	Alte post ingrijiri cu CC catastrofale sau severe	1,5122	3,82	-
660	23	M	Z3042	Alte post ingrijiri fara CC catastrofale sau severe	0,4914	3,08	-
661	23	M	Z3051	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0,5923	3,79	-
662	23	M	Z3052	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0,1323	0,00	-
663	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0,4410	3,01	-

664	24	C	91010	Proceduri extinse in sala de operatii neinrudite cu diagnosticul principal	2,7534	10,63	1,00
665	24	C	91020	Proceduri neextinse in sala de operatii, neinrudite cu diagnosticul principal	1,4365	9,75	-
666	24	C	91030	Proceduri in sala de operatii ale prostatei neinrudite cu diagnosticul principal	3,4464	15,00	-
667	24	M	93010	Negrupabile	0,6490		-
668	24	M	93020	Diagnostice principale inacceptabile	0,1197	6,20	-
669	24	M	93030	Diagnostice neonatale neconcordante cu varsta/greutatea	2,3438	10,50	-

1. "-" semnifică un numar insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi
2. DMS a fost calculată pe baza cazurilor raportate și confirmate, din secții ce furnizează îngrijiri de tip acut, în perioada 01.01-31.12.2021
3. Mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI la nivel național, a fost calculată luând în considerare toate cazurile raportate și confirmate în perioada 01.01-31.12.2021 pentru o anumită grupă de diagnostice, pentru care s-a înregistrat minim un transfer intraspitalicesc în secția Anestezie și terapie Intensivă – ATI.
4. M - categorie Medicală, C - Categorie chirurgicală, A - Alte categorii
5. duratele de spitalizare au fost calculate numai pe baza cazurilor externate, confirmate și raportate din secțiile ce furnizează îngrijiri de tip acut.

Definirea termenilor utilizați în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienților externati (în funcție de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate.

Categorii majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai largă a pacienților doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativă (VR): Număr fără unitate care exprimă raportul dintre tariful unui DRG și tariful mediu al tuturor DRG-urilor.

Coefficient atribuit în funcție de cantitatea relativă de muncă, consumabile și resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecțiunea/afecțiunile respective.

Groupier: aplicație computerizată (software) care permite alocarea automată a unui pacient într-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizează fiecare caz externat).

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat).

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării și cel al externării din spital.

Cazuri ponderate (CP): pacienți "virtuali" generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate și pentru cazurile echivalente.

$$\text{Nr. CP} = \sum (\text{VRDRGi} \times \text{CRDRGi})$$

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienți tratați într-un spital, în funcție de diagnostic și gravitate.

Indicele de case-mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanță cu pacienții tratați.

$$\text{ICM pentru spitalul A} = \text{Total nr. cazuri ponderate (CP)} / \text{Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A}$$

Costul pe caz ponderat (Rata de bază) - CCP(RB): Valoare de referință, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

- pentru un spital:

CCPs = bugetul aferent cazurilor acute / nr. total cazuri ponderate

- la nivel național:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel național / nr. total cazuri ponderate

Tariful pe caz ponderat (TCP) - valoarea de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital.

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital.

$TCR = TCP \times ICM$

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

$TCDRGi = TCP \times VRDRGi$

Abrevieri:

CMD = Categoriile majore de diagnostice

DRG = Grupe de diagnostice

VR = Valoare Relativă

DS = Durată de spitalizare

CR = Cazuri rezolvate (externate)

CP = Cazuri ponderate

ICM = Indice de case-mix (indice de complexitate a cazurilor)

CCP = Costul pe caz ponderat

RB = Rata de bază

TCP = Tariful pe caz ponderat

TC = Tariful pe tip de caz

142. În Anexa nr. 23 E, Nota de sub tabelul de la punctul III. "DECONT DE CHELTUIELI", se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTĂ: Decontul de cheltuieli eliberat asiguraților de către spitalele private pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG pentru care se încasează contribuție personală asiguraților, se transmite de către furnizor în PIAS odată cu raportarea lunară.”

143. Anexa nr. 25 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ANEXA 25

DURATA DE SPITALIZARE PE SECȚII/COMPARTIMENTE VALABILĂ PENTRU TOATE CATEGORIILE DE SPITALE

Nr. crt.	Cod secție	Denumire secție	Durata de spitalizare realizată 2021
1	1011	Boli infecțioase	10,30
2	1012	Boli infecțioase copii	7,51
3	1023	HIV/SIDA	7,98
4	1033	Boli parazitare	5,50
5	1051	Cardiologie	5,70
6	1052	Cardiologie copii	6,47
7	1061	Cronici	11,30

8	1061_P AL	Îngrijiri paliative	30,33
9	1071	Dermatovenerologie	6,97
10	1081	Diabet zaharat, nutriție si boli metabolice	6,41
11	1082	Diabet zaharat, nutriție si boli metabolice copii	4,93
12	1101	Endocrinologie	3,48
13	1102	Endocrinologie copii	2,29
14	1111	Gastroenterologie	5,42
15	1121	Geriatric si gerontologie	11,88
16	1131	Hematologie	6,11
17	1132	Hematologie copii	6,64
18	1151	Imunologie clinica si alergologie	3,83
19	1152	Imunologie clinica si alergologie copii	3,54
20	1171	Medicina interna	7,76
21	1191	Nefrologie	7,46
22	1192	Nefrologie copii	4,71
23	1202	Neonatalogie (nn si prematuri)	3,81
24	1212	Neonatalogie (nou născuți)	3,98
25	1222	Neonatalogie (prematuri)	14,78
26	1222.1	Neonatalogie (prematuri) aferente unei maternități de gradul II	13,03
27	1222.2	Neonatalogie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III	18,83
28	1231	Neurologie	8,03
29	1232	Neurologie pediatria	4,37
30	1241	Oncologie medicala	4,36
31	1242	Oncopediatrie	7,21
32	1252	Pediatrie	4,25
33	1262	Pediatrie (pediatrie și recuperare pediatria)	3,49
34	1272	Pediatrie (Recuperare pediatria)	24,17
35	1282	Pediatrie cronici	9,47
36	1291	Pneumologie	10,03
37	1292	Pneumologie copii	4,69
38	1301	Pneumoftiziologie	31,05
39	1302	Pneumoftiziologie pediatrică	21,93
40	1311	Psihiatrie acuți	10,27
41	1312	Psihiatrie pediatrică	6,76
42	1321	Psihiatrie (Nevroze)	8,13
43	1333.1	Psihiatrie cronici (lungă durata)	365,70
44	1333.2	Psihiatrie cronici	51,55
45	1343	Psihiatrie (acuți și cronici)	19,56
46	1353	Toxicomanie	10,83
47	1363	Radioterapie	10,71
48	1371	Recuperare, medicina fizica si balneologie	11,25
49	1372	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii	24,91
50	1383	Recuperare medicala - cardiovasculara	10,43

51	1393	Recuperare medicala neurologie	13,10
52	1393_R EC	Recuperare medicala	10,93
53	1403	Recuperare medicala - ortopedie si traumatologie	10,90
54	1413	Recuperare medicala - respiratorie	9,98
55	1423	Recuperare neuro-psiho-motorie	13,97
56	1433	Reumatologie	6,22
57	1453	Terapie intensiva coronarieni - UTIC	6,02
58	1463	Toxicologie	2,85
59	1473	Secții sanatoriale	19,62
60	1473_B	Secții sanatoriale balneare	21,00
61	1473_P	Preventorii	57,00
62	1493	Genetica medicala	10,00
63	2013	Arși	16,05
64	2033	Chirurgie cardiovasculară	8,91
65	2043	Chirurgie cardiaca și a vaselor mari	11,09
66	2051	Chirurgie generala	6,51
67	2063	Chirurgie laparoscopică	5,18
68	2083	Chirurgie oncologică	6,68
69	2092	Chirurgie si ortopedie pediatrică	3,75
70	2102	Chirurgie pediatrică	4,20
71	2113	Chirurgie plastică și reparatorie	5,15
72	2123	Chirurgie toracică	7,29
73	2133	Chirurgie vasculară	7,10
74	2141	Ginecologie	3,61
75	2151	Gineco-oncologie	3,47
76	2173	Neurochirurgie	7,24
77	2181	Obstetrica	4,11
78	2191	Obstetrica-ginecologie	4,02
79	2201	Oftalmologie	2,82
80	2202	Oftalmologie copii	3,26
81	2211	Ortopedie si traumatologie	6,18
82	2212	Ortopedie pediatrica	3,28
83	2221	Otorinolaringologie (ORL)	4,62
84	2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	2,27
85	2233	Otorinolaringologie (ORL)- implant cohlear	4,52
86	2263	TBC osteo-articular	11,77
87	2301	Urologie	4,88
88	2302	Urologie pediatrica	5,75
89	6013	Chirurgie maxilo-faciala	4,16

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.

Durata medie de spitalizare la nivel național pentru secții de acuți este **6,21**.

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."

144. În Anexa nr. 26, literele l) și p) de la alineatul (1) al articolului 6, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„l) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

.....
p) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; 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 ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care se încasează contribuție personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum și toate celelalte servicii medicale și/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ și externarea acestuia, însoțit de documentele fiscale, detaliate conform decontului;"

145. În Anexa nr. 29, litera i) a alin. (1) de la articolul 6, se modifică și va avea următorul cuprins:

„i) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

146. În Anexa nr. 31 D, punctul 9 de la modelul de Recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, se modifică și va avea următorul cuprins:

„9. Codul de parafă al medicului

.....
Data	Data
Semnătura și parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura și parafa medicului de specialitate
.....
Data, numele și prenumele în clar și semnătura asiguratului, apartinătorului sau împuternicitului	
.....”	

147. În Anexa nr. 32 A, litera i) a articolului 7, se modifică și va avea următorul cuprins:

„i) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

148. În Anexa nr. 32 B, litera i) a articolului 7, se modifică și va avea următorul cuprins:

„i) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

149. În Anexa nr. 35, litera j) a articolului 6, se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

150. În Anexa nr. 40, litera j) a articolului 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) 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 și să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

151. În Anexa nr. 47, punctele 9-11, subpunctele 11.1 – 11.3 și 16.2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„9. Toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, 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, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, 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, inclusiv a specialității medicină fizică și de reabilitare. Medicii care au specialitatea de medicină de familie și 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 competenței/atestatului de studii

complementare de îngrijiri paliative putând acorda și raporta atât servicii medicale aferente specialității medicină de familie cât și servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriul clinic de specialitate/în cadrul unei secții sau compartiment cu paturi de îngrijiri paliative/la domiciliu. Medicii care au o specialitate/mai multe specialități clinice, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare, 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, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare 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. Medicii cu specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare pot desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice precum și activitate de supraveghere a acordării serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament în condiții de siguranță pentru pacient la furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament, în condițiile în care cele două activități se desfășoară în cadrul programului de lucru în același sediu.

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, pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical pentru care nu este necesară prezentarea cardului. Pentru consultațiile 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. În asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament 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 acordate în baza de tratament prezentarea cardului se face în fiecare zi de tratament.

16.2. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, planificare familială și pentru îngrijiri paliative la domiciliu: 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.”

152. - În tot cuprinsul actului normativ, sintagma "dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive" se înlocuiește cu sintagma "dispozitive medicale".

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; 012329
C.I.F. RO427282, IBAN: RO55RNCB0082006711100001 BCR
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 DTCPMB (alocat numai persoanelor juridice bugetare)
Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, www.monitoruloficial.ro

Adresa Biroului pentru relații cu publicul este:
Str. Parcului nr. 65, intrarea A, sectorul 1, București; 012329.
Tel. 021.401.00.73, e-mail: concursurifp@ramo.ro, convocariaga@ramo.ro
Pentru publicări, încărcați actele pe site, la: <https://www.monitoruloficial.ro/brp/>

