

PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

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

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

a) urgență medico-chirurgicală;

a1)		Tarif pe serviciu medical (lei)
Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă		57 lei/pacient
Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății		171 lei/pacient
a2)		Tarif pe caz rezolvat medical (lei)
S61.0	Plagă deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea unghiei	246.68 lei
S61.88	Plagă deschisă a altor părți ale pumnului și mâinii	245.74 lei

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

	Tarif maximal pe serviciu medical (lei)
Tratamentul și profilaxia rabiei cu antitetanic	171 lei/administrare
Tratamentul și profilaxia rabiei fără antitetanic	111 lei/administrare
Monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor	130 lei/asigurat/ trimestru

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

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

- a) naștere;
- b) urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă;
- c) boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament;
- d) bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital; bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani;
- e) afecțiuni pentru care diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.

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

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

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

Nr. crt.	Cod diagnostic	Denumire afecțiune (diagnostic)	Tarif pe caz rezolvat medical -lei-
1	I20.8	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	273,62
2	I25.11	Cardiopatia aterosclerotică a arterei coronariene native	322,40
3	I25.9	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	302,74
4	I34.0	Insuficiența mitrală (valva) (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	379,67
5	I35.0	Stenoza (valva) aortică (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	400,68
6	I35.1	Insuficiență (valva) aortică (* fără coronarografie; fără indicație de intervenție chirurgicală)	381,12
7	I83.9	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulceratie sau inflamație	383,92
8	I25.5	Cardiomiopatie ischemică	273,62
9	I87.2	Insuficiența venoasă (cronică) (periferică)	383,92

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

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

Nr. crt.	Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Cod Procedură	Denumire procedură chirurgicală	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală -lei-
1	Coronarografie	H06801	Coronarografie	1.050,94

**PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA
MEDICALĂ SPITALICEASCĂ**

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

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif pe serviciu medical
	Monitorizarea pacemakerelor/defibrilatorului implantabil	309 lei/asigurat/anual
	Monitorizarea pacienților cu insuficiență cardiacă congestivă pentru asigurați cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	327 lei/asigurat/anual
	Monitorizarea pacienților cu tulburări de ritm/conducere cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	394 lei/asigurat/anual

INDICATORI sistem DRG – tarif pe caz rezolvat

Spital	ICM 2021 (indicele de complexitate a cazurilor)	TCP 2021 (tarif pe caz ponderat)	Tarif pe caz rezolvat
	<i>1</i>	<i>2</i>	$3 = I * 2$
Cardiologie	1,3002	1.525	1.982,805
Ortopedie	1,9205	1.430	2.746,31

La contractarea serviciilor medicale spitalicești se are în vedere tariful pe caz rezolvat.

La decontarea serviciilor medicale spitalicești (pentru serviciile confirmate și validate), suma de decontat pentru fiecare caz rezolvat se stabilește prin înmulțirea valorii relative a cazului (complexitate) cu tariful pe caz ponderat (TCP).