

ANEXA 7

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE

acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică reabilitare medicală
CAPITOLUL I

Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice

A. Pachetul minimal de servicii medicale

a) Asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. În situația în care cazurile care nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depășesc competența medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate.

b) Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament). Bolile cu potențial endemoepidemic

sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare.

NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 3: Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

NOTA 4: Consultația prevăzută la lit. a), include toate serviciile medicale necesare, în limita competenței medicului de specialitate acordate pentru rezolvarea situației care pune în pericol viața pacientului și/sau bilet de trimitere pentru internare în spital pentru cazurile care depășesc posibilitățile de rezolvare în ambulatoriul de specialitate.

B. Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

a) serviciile cuprinse la lit. A „Pachetul minimal de servicii medicale”;

b) servicii medicale curative:

Consultație pentru afecțiuni acute, subacute (anamneză, examen clinic, diagnostic și tratament).

Pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris, costurile se suportă integral de către persoana asigurată facultativ.

Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultații pentru același episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 4 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 3 consultații sau poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 3. Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate;

- dacă medicul de familie a acordat două consultații, medicul de specialitate mai poate acorda două consultații sau poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate din ambulatoriul de

specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 2.

Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate.

NOTA 1: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 4 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută/subacută.

NOTA 2: În situațiile în care la prima consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute/subacute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 4.

NOTA 3: În situația în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima, respectiv a doua consultație apare o altă afecțiune acută/subacută, numărul consultațiilor este maximum 5, respectiv 6.

NOTA 4: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

C. Pachetul de servicii medicale de bază

C1. Consultația medicală de specialitate

C.1.1. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală (contract sau convenție) cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare cazurile de urgență medico-chirurgicală și consultațiile pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 39 A la ordin, serviciile de medicină dentară și planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

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

C.1.2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 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/din Spațiul Economic European/Elveția. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice; Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice.

C.1.3. Biletul de trimitere este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează la cabinet exemplarul biletului de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

C.1.4. Pentru interpretarea ecografiei abdomen + pelvis și EKG-ului standard ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății, în vederea decontării, nu este necesar bilet de trimitere.

Consultația medicală de specialitate cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.

NOTA I: pentru cazurile acute/subacute

1. Pentru același episod de boală acută/subacută, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 4 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 3 consultații sau poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 3. Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate;
- dacă medicul de familie a acordat două consultații, medicul de specialitate mai poate acorda două consultații sau poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 2. Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate.

Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 4 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută/subacută.

În situațiile în care la prima consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute/subacute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 4.

În situația în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima, respectiv a doua consultație apare o altă afecțiune acută/subacută, numărul consultațiilor este maximum 5, respectiv 6.

În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

2. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare, sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

Consultația pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu se acordă:

- pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau administrarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultațiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci când este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet;

- la externare, inclusiv după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, manevre chirurgicale minore și scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

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

Pentru situațiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

NOTA II: pentru asigurații cu afecțiuni cronice

1. Pentru evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, o consultație și prescripția/prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar.

2. Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri

3. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare, sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

Pentru situațiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

NOTA III: Asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament), în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. În situația în care cazurile nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depășesc competența medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate.

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

Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și rezolvată la nivelul cabinetului.

NOTA IV: Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare.

Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicioasă și confirmată.

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

Număr

puncte pentru

specialități

medicale

Număr

puncte pentru
specialități
chirurgicale

a. Consultația copilului cu vârsta cuprinsă
între 0 și 3 ani

16,2 puncte 17,25 puncte

5

b. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică a copilului cu
vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani

32,40 puncte -

c. Consultația peste vârsta de 4 ani 10,8 puncte 11,5 puncte

d. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică peste vârsta de 4
ani

21,6 puncte

e. Consultația de fitoterapie, homeopatie, planificare familială 10,8 puncte

f. Consultația de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și
3 ani

21,6 puncte

g. Consultația de neurologie peste vârsta de 4 ani 14,4 puncte

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea
vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa peste 4 ani). Pentru
persoanele cu vârsta de 60 de ani și peste, numărul de puncte corespunzător consultației se
majorează cu 2 puncte.

Consultațiile de la lit. a - d și f - g din tabelul de mai sus și punctajele aferente sunt
corespunzătoare și consultațiilor ce sunt furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală
dezvoltate de Ministerul Sănătății, pentru care nu este necesar bilet de trimitere. În cadrul acestor
consultații este cuprinsă și interpretarea investigațiilor medicale paraclinice transmise de medicii de
familie prin sistemul de telemedicină.

C2. Specialitățile clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în
ambulatoriul de specialitate clinic, serviciile diagnostice și terapeutice (numai pentru pachetul de
servicii medicale de bază) pentru care plata serviciilor medicale se face prin tarif pe serviciu
medical exprimat în puncte:

I. Specialități clinice:

Nr.

crt.

1. Alergologie și imunologie clinică

2. Boli infecțioase

3. Cardiologie

4. Chirurgie cardiovasculară

5. Chirurgie generală

6. Chirurgie pediatrică

7. Chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă

8. Chirurgie toracică

9. Dermatovenerologie

10. Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice

11. Endocrinologie

12. Gastroenterologie

13. Genetică medicală

14. Geriatrie și gerontologie

15. Hematologie

16. Medicină internă

17. Nefrologie

18. Neonatologie
19. Neurochirurgie
20. Neurologie
21. Neurologie pediatrică
22. Oncologie medicală
23. Obstetrică-ginecologie
24. Oftalmologie
25. Otorinolaringologie

6

26. Ortopedie și traumatologie
27. Ortopedie pediatrică
28. Pediatrie
29. Pneumologie
30. Psihiatrie
31. Psihiatrie pediatrică
32. Reabilitare medicală***)

***) Sunt aplicabile prevederile de la capitolul IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală

33. Reumatologie
34. Urologie
35. Chirurgie vasculară
36. Radioterapia
37. Chirurgie orală și maxilo-facială*)

*) Nu se raportează în vederea decontării consultațiile și serviciile medicale pentru chirurgia dento-alveolară

II. Serviciile diagnostice simple și complexe și serviciile terapeutice/tratamente chirurgicale și medicale:

1. Servicii diagnostice simple:

- punctajul aferent acestor servicii este de 15 puncte/procedură

- 1.1. Biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia
- 1.2. Biometrie
- 1.3. Explorarea câmpului vizual (perimetrie)
- 1.4. Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau
- 1.5. Examen electromiografic
- 1.6. Examen electroneurografic
- 1.7. EEG standard
- 1.8. EKG de efort
- 1.9. Spirometrie
- 1.10. Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
- 1.11. Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ);
- 1.12. Teste de provocare nazală, oculară, bronșică;
- 1.13. Teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste)
- 1.14. Osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete
- 1.15. Audiograma tonală liminară
- 1.16. Audiograma vocală
- 1.17. EKG standard

2. Servicii diagnostice complexe:

- punctajul aferent acestor servicii este de 21 puncte/procedură

- 2.1. Colonoscopie
- 2.2. Determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmatometrie

- 2.3. Examen fibroscopic nas, cavum, laringe
- 2.4. Explorarea funcției binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor) examen pentru diplopie
- 2.5. Foniatrie ORL
- 2.6. Puncție-biopsie osoasă cu amprentă
- 2.7. Puncție sinusală
- 2.8. Puncție aspirat de măduvă osoasă
- 2.9. Tonometrie; pahimetrie corneeană
- 7
- 2.10. Uretroscopie ambulatorie
- 2.11. Determinarea potențialelor evocate vizuale
- 2.12. Determinarea potențialelor evocate de trunchi cerebral (auditive)
- 2.13. Determinarea potențialelor evocate somatoestezice
- 2.14. Bronhoscopia
- 2.15. Examen electroencefalografic cu probe de stimulare și/sau mapping
- 2.16. Examen ultrasonografic extracranian al aa Cervico-cerebrale (Doppler, echotomografie și tehnici derivate)
- 2.17. Examen Doppler transcranian al vaselor cerebrale și tehnici derivate
- 2.18. Endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden)
- 2.19. Video - electroencefalografie
- 2.20. EKG continuu (24 ore, Holter)
- 2.21. Holter TA
3. Servicii terapeutice/tratamente chirurgicale:
 - punctajul aferent acestor servicii este de 27 puncte/procedură
 - 3.1. Infiltrații peridurale
 - 3.2. Electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune
 - 3.3. Ablația unui polip sau fibrom cervical
 - 3.4. Bandare varice esofagiene
 - 3.5. Conizația cu ansă diatermică sau cu bisturiul
 - 3.6. Criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală - transschelară
 - 3.7. Cură chirurgicală a othematomului
 - 3.8. Dilatația stricturii uretrale
 - 3.9. Extracție de corpi străini
 - 3.10. Extracție endoscopică corpi străini
 - 3.11. Extragere bronhoscopică de corpi străini din căile respiratorii
 - 3.12. Electrocauterizare sau cauterizarea mucoasei nazale
 - 3.13. Manevre de mică chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulvă, vagin, col
 - 3.14. Polipectomie endoscopică gastrică
 - 3.15. Polipectomie endoscopică rectosigmoidiană
 - 3.16. Polipectomie endoscopică colonică
 - 3.17. Secțiunea optică a stricturii uretrale
 - 3.18. Sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;
 - 3.19. Terapia chirurgicală a abcesului de părți moi
 - 3.20. Terapia chirurgicală a abcesului perianal
 - 3.21. Terapia chirurgicală a abcesului pilonidal
 - 3.22. Terapia chirurgicală a adenoflegmonului
 - 3.23. Terapia chirurgicală a afecțiunilor mamare superficiale
 - 3.24. Terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%
 - 3.25. Terapia chirurgicală a degerăturilor (gr. I și gr. II)
 - 3.26. Terapia chirurgicală a edemului dur posttraumatic
 - 3.27. Terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)
 - 3.28. Terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos

- 3.29. Terapia chirurgicală a flegmoanelor superficiale mână fără limfangită
- 3.30. Terapia chirurgicală a flegmoanelor lojă tenară, hipotenară, comisurale, tenosinovitelor
- 3.31. Terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei
- 3.32. Terapia chirurgicală a granulomului ombilical
- 3.33. Terapia chirurgicală a hematomului
- 3.34. Terapia chirurgicală a hidrosadenitei

8

- 3.35. Terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenți chimici < 10%
- 3.36. Terapia chirurgicală a panarițiului eritematos
- 3.37. Terapia chirurgicală a panarițiului flictenular
- 3.38. Terapia chirurgicală a panarițiului periunghial și subunghial
- 3.39. Terapia chirurgicală a panarițiului antracoid
- 3.40. Terapia chirurgicală a panarițiului pulpar
- 3.41. Terapia chirurgicală a panarițiului osos, articular, tenosinoyal
- 3.42. Terapia chirurgicală a piciorului diabetic (polinevrită, supurații, microangiopatie)
- 3.43. Terapia chirurgicală a polipului rectal procident (extirpare)
- 3.44. Terapia chirurgicală a seromului posttraumatic
- 3.45. Terapia chirurgicală a supurațiilor postoperatorii
- 3.46. Terapia chirurgicală a supurațiilor mamare profunde
- 3.47. Terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate
- 3.48. Terapia chirurgicală a tumorii scalpului, simplă
- 3.49. Terapia chirurgicală a tumorilor simple ale buzei
- 3.50. 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)
- 3.51. Tratamentul chirurgical al pingueculei
- 3.52. Tratamentul chirurgical al pterigionului
- 3.53. Tratamentul hemartrozei, hidartrozei; rețușuri de bont.
- 3.54. Tratamentul plăgilor, necroze cutanate, escare, dehiscențe plăgi
- 3.55. Terapie chirurgicală (inclusiv anestezia) pentru leziuni traumatice, abcese, hematoame organe genitale masculine
- 3.56. Tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial (anestezie, excizie, sutură inclusiv îndepărtarea firelor, pansament).
- 3.57. Tratament chirurgical al sinechiei septo-turbinare
- 3.58. Tratament chirurgical ORL colecție: sept, flegmon, periamigdalian, furunculul CAE
- 3.59. Tratament chirurgical al traumatismelor ORL
- 4. Servicii terapeutice/tratamente medicale
 - punctajul aferent acestor servicii este de 17 puncte/procedură
 - 4.1. Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen local
 - 4.2. Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen generală
 - 4.3. Injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente
 - 4.4. Tratament cu laser al polului posterior
 - 4.5. Tratamentul cu laser al polului anterior
 - 4.6. Aerosoli/caz
 - 4.7. Crioterapia/ședință
 - 4.8. Imunoterapie specifică cu vaccinuri alergenic standardizate
 - 4.9. Psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții, tulburări din spectrul autist);
 - 4.10. Psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții);
 - 4.11 Consiliere psihiatrică nespecifică pentru pacient

4.12 Blocaje nervi periferici

4.13. Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică)

4.14 Cateterismul uretrovezical "a demeure" pentru retenție completă de urină

4.15 Fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate (nev pigmentar congenital, macule)

9

4.16 Tamponament posterior și/sau anterior ORL

Tratamente ortopedice medicale

4.17 Tratamentul ortopedic al luxației, entorsei sau fracturii antebrățului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange.

4.18 Tratamentul ortopedic al entorsei sau luxației patellei, umărului; disjuncție acromioclaviculară; fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară.

4.19 Tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxației, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare.

4.20 Tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni de viață

4.21 Tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viață

4.22 Tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg.

4.23 Puncții și infiltrații intraarticulare

NOTA 1: Serviciile de la pct. 3 se decontează de casele de asigurări de sănătate medicilor cu specialități chirurgicale care au dotarea necesară efectuării acestora, după caz, conform specialității/competențelor confirmate de Ministerul Sănătății.

Serviciile de la poz. 3.2, 3.19, 3.31, 3.36 - 3.39, 3.47, 3.48 și 3.56 pot fi raportate și de medicii cu specialitatea dermatovenerologie.

NOTA 2: Serviciile de la pct. 1, 2 și 4 se decontează de casele de asigurări de sănătate medicilor de specialitate care au dotarea necesară efectuării acestora, după caz, conform specialității/competențelor confirmate, conform curriculei de pregătire.

C3. Competențele/atestatele de studii complementare în baza cărora se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, cu modificările și completările ulterioare și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 sunt:

a) planificare familială,

b) fitoterapie,

c) homeopatie.

Pentru planificare familială, fitoterapie, homeopatie, tariful consultațiilor este corespunzător punctajului prevăzut la punctul C1.

NOTĂ: Pentru serviciile de planificare familială se raportează și se decontează 2 consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

Pentru fitoterapie și homeopatie, casele de asigurări de sănătate decontează maximum 2 consultații pentru fiecare caz/diagnostic pe an calendaristic.

C4. În baza competenței/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii de acupunctură în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Asigurații au dreptul la o consultație cu un tarif de lei corespunzător pentru fiecare cură de tratament. Asigurații au dreptul la maximum 2 consultații/cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament și în medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu

medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de lei.

C5. Servicii conexe actului medical pentru servicii conexe furnizate de psihologi, logopezi și kinetoterapeuți - pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate, cu următoarele specialități clinice:

10

- neurologie și neurologie pediatrică;

- otorinolaringologie;

- psihiatrie, psihiatrie pediatrică,

- ortopedie și traumatologie

- ortopedie pediatrică

- reumatologie

- precum și alte specialități clinice pentru boli cronice prevăzute în anexa 39 A lit. A și C pentru atingerea obiectivelor stabilite în planul terapeutic individualizat și consemnate în documentele medicale, astfel:

pentru punctul 1 lit. A din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate oncologie medicală și hematologie.

pentru punctul 2 lit. A din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice.

pentru punctele 3 și 4 lit. A din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate din ambulatoriul spitalelor clinice care monitorizează

starea posttransplant și bolile rare.

pentru punctul 5 lit. A și litera C din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate de nefrologie.

Lista serviciilor conexe și punctele aferente acestora sunt:

a) Neurologie și Neurologie pediatrică

a1) serviciile conexe furnizate de psiholog:

Consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului 19 puncte
cu specialitatea neurologie pediatrică)

Psihodiagnostic 19 puncte

a2) serviciile conexe furnizate de logoped:

- consiliere (intervenție) logopedie 11 puncte

a3) servicii conexe furnizate de kinetoterapeut

- Kinetoterapie individuală 18 puncte

- Kinetoterapie pe grup 9 puncte

- Kinetoterapie pe aparate speciale 9 puncte

b) Otorinolaringologie:

b1) serviciile conexe furnizate de psiholog:

investigarea psihoacustică a vocii 6 puncte

psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene 9 puncte

b2) serviciile conexe furnizate de logoped: consiliere 11 puncte

(intervenție)

exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință) 9 puncte

c) Psihiatrie, inclusiv pediatrică:

c1.1.) serviciile conexe furnizate de psiholog:

consiliere psihologică copii (numai la recomandarea
medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică

psihodiagnostic) 4 puncte

c1.2.) serviciile conexe furnizate de psiholog:

terapia cognitiv-comportamentală la copii (numai

la recomandarea medicului cu specialitatea

psihiatrie pediatrică) 38 puncte
c1.3.) psihodiagnostic 19 puncte
c2) serviciile conexe furnizate de logoped consiliere
(intervenție) 11 puncte
d) serviciile conexe furnizate de psiholog, pentru bolile
cronice din anexa 39 A litera A și C:
consiliere psihologică (adulți/copii) 19 puncte
11

e) Reumatologie

Servicii conexe furnizate de kinetoterapeut:

- Kinetoterapie individuală 18 puncte
- Kinetoterapie pe grup 9 puncte
- Kinetoterapie pe aparate speciale 9 puncte

f) Ortopedie și traumatologie/ortopedie pediatrică

Servicii conexe furnizate de kinetoterapeut:

- Kinetoterapie individuală 18 puncte
- Kinetoterapie pe grup 9 puncte
- Kinetoterapie pe aparate speciale 9 puncte

NOTA 1: Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua ecografiile cuprinse în tabelul de la capitolul II 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. 11 la 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.

NOTA 2: În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate putând acorda și raporta servicii medicale - consultații aferente specialităților respective în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități.

NOTA 3: Medicii de specialitate din specialitățile cardiologie și medicină internă pot efectua serviciul monitorizare și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice ca o consecință a actului medical propriu pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua această investigație în vederea stabilirii diagnosticului sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate cardiologie și/sau medicină internă și dacă în cabinetul medical respectiv există aparatura medicală necesară. Pentru efectuarea acestui serviciu furnizorii de servicii medicale din specialitățile cardiologie și medicină internă încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

D. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, de serviciile prevăzute la cap. I lit. A și de servicii medicale curative pentru afecțiuni acute/subacute - maxim 2 consultații/episod de boală.

Pentru serviciile medicale curative medicii de specialitate pot elibera, după caz, prescripții medicale, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilet de trimitere pentru consultație medicală la medicul de specialitate clinică reabilitare medicală din ambulatoriu, costurile acestora fiind suportate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, în aceleași condiții ca pentru asigurați.

E. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de

securitate socială, beneficiază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, de serviciile prevăzute la cap. I lit. C.

F. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A sau de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. C, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

12

CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice

Nr.

crt.

Cod Denumirea analizei Tarife

- lei -

- Hematologie

1. 2.8070 Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, numărătoare reticulocite**), formulă leucocitară, indici eritrocitari*1)

13,06

2. 2.8030 Examen citologic al frotiului sanguin*3) 17,35

3. 2.8100 VSH*1) 2,45

4. 2.8621 Timp Quick, activitate de protrombină*1) 6,73

5. 2.8603 INR*1) (International Normalised Ratio) 7,95

6. 2.3210 Fibrinogenemie*1) 12,75

7. 2.8622 APTT 11,46

8. 2.8211 Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO*1) 7,03

9. 2.8212 Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1) 7,34

10. 2.8230 Anticorpi specifici anti Rh la gravidă*1) 7,03

- Biochimie - serică și urinară

11. 2.1120 Uree serică*1) 5,46

12. 2.1130 Acid uric seric*1) 5,46

13. 2.1140 Creatinină serică*1), **) 5,52

14. 2.1510 Calciu ionic seric*1) 7,34

15. 2.1511 Calciu seric total*1) 5,00

16. 2.1570 Magneziemie*1) 5,00

17. 2.8390 Sideremie*1) 6,62

18. 2.1310 Glicemie*1) 5,35

19. 2.1420 Colesterol seric total*1) 5,35

20. 2.1404 Trigliceride serice*1) 6,56

21. 2.1441 HDL colesterol*1) 7,63

22. 2.1443 LDL colesterol*1) 7,17

23. 2.1020 Proteine totale serice*1) 6,56

24. 2.4600 TGO*1) 5,43

25. 2.4610 TGP*1) 5,46

26. 2.4720 Fosfatază alcalină*1) 7,26

27. 2.4680 Gama GT 7,45

28. 2.1015 Bilirubină totală*1) 5,46

29. 2.1016 Bilirubină directă*1) 5,46

30. 2.4961 Electroforeza proteinelor serice*1) 14,16

31. 2.6023 Confirmare TPHA*1), *4) 11,45

32. 2.3450 Examen complet de urină (sumar + sediment)*1) 8,70

33. 2.2200 Dozare glucoză urinară*1) 5,00

34. 2.2030 Dozare proteine urinare*1) 5,00

- Imunologie

35. 2.6250 ASLO*1) 10,70

36. 2.6021 VDRL*1) 5,12

37. 2.6022 RPR*1) 5,12

38. 2.6692 Factor reumatoid 8,70
39. 2.6691 Proteina C reactivă*1) 9,94
40. 2.6731 IgA, seric 13,76
41. 2.6732 IgE seric 13,32
42. 2.6733 IgM seric 14,07
43. 2.6734 IgG seric 13,76
44. 2430011 Complement seric C3 10,10
45. 2430012 Complement seric C4 10,10
13
46. 2.6206 Depistare Helicobacter Pylori 20,12
47. 2.5560 Testare HIV la gravidă*1) 31,02
48. 2.4060 TSH*1) 19,10
49. 2.4040 FT4*1) 19,41
50. 2.6392 Ag HBs (screening)*2) 29,03
51. 2.6201 Anti-HAV IgM*2) 38,19
52. 2.6204 Anti HCV*2) 60,48
53. 2.4323 Estradiol 22,20
54. 2.4321 FSH 22,20
55. 2.4322 LH 22,20
56. 2.4300 Cortizol 25,97
57. 2.4332 Progesteron 23,59
58. 2.4331 Prolactină 23,59
59. 2.43135 PSA - 21,50
60. 2.43136 free PSA 22,00
- Exudat faringian
61. 2.5061 Cultură*1) 9,75
62. 2.5301 Antibigramă*5) 11,4
- Analize de urină
63. 2.5063 Urocultură*1) 9,75
64. 2.5303 Antibigramă*5) 11,4
- Examene materii fecale
65. 2.7120 Examen coproparazitologic (3 probe)*1) 11,61
66. 2.5064 Coprocultură*1) 9,75
67. 2.5304 Antibigramă*5) 11,40
68. Detectarea hemoragiilor oculte în materiile fecale 20,00
- Examene din secreții vaginale
69. 2.5002 Examen microscopic 4,50
70. 2.9160 Examen Babeș-Papanicolau*1) 36,67
71. 2.5065 Cultură 9,75
72. 2.5305 Antibigramă*5) 11,4
- Examene din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi
73. 2.5032 Examen microscopic/probă 4,50
74. 2.5066 Cultură 9,75
75. 2.5306 Antibigramă*5) 11,4
- Examen lichid puncție
76. 2.5033 Examen microscopic/frotiu 4,50
77. 2.5067 Cultură 9,75
78. 2.5307 Antibigramă*5) 11,4
- Examinări histopatologice
79. 2.9000 Piesă prelucrată la parafină 28,57
80. 2.9021 Bloc inclus la parafină cu histopatologic 37,58
81. 2.9020 Diagnostic histopatologic pe lamă 16,96
82. 2.9010 Examen histopatologic cu colorații speciale 115,80
83. 2.9022 Citodiagnostic spută prin incluzii parafină 30,50
84. 2.9023 Citodiagnostic secreție vaginală 30,50
85. 2.9024 Examen citohormonal 28,27
86. 2.9025 Citodiagnostic lichid de puncție 30,50

87. 2.9030 Teste imunohistochimice*) 88,52/set
 - Examinări radiologice, imagistică medicală și explorări funcționale
88. Ex. radiologic cranian standard 1 incidență*1) 11,96
89. Ex. radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței*1) 32,44
90. Ex. radiologic părți schelet în 2 planuri*1) 30,82
91. Ex. radiologic bazin*1) 15,90
92. Radiografie de membre*1) 29,52
 14
93. Ex. radiologic centură scapulară*1) 15,90
94. Ex. radiologic alte articulații fără substanță de contrast sau funcționale cu TV*1)
 29,18
95. Ex. radiologic părți coloană dorsală*1) 39,02
96. Ex. radiologic părți coloană lombară*1) 39,02
97. Ex. radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală*1) 32,63
98. Ex. radiologic coloana cervicală 1 incidență*1) 28,69
99. Ex. radiologic torace ansamblu*1) 25,08
100. Ex. radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Ex. radiologic torace și organe toracice*1)
 24,76
101. Tomografia plană 52,15
102. Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1) 15,41
103. Ex. radiologic esofag ca serviciu independent 20,67
104. Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast*1)
 46,91
105. Ex. radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanță de contrast*1)
 71,50
106. Ex. radiologic colon dublu contrast sau intestin subțire pe sonda duodenală 82,82
107. Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvolvare 44,76
108. Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast 188,99
109. Cistografie de reflux cu substanță de contrast 237,95
110. Pielografie 229,57
111. Ex. radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast 188,09
112. Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast 191,05
113. Ex. radiologic uter și oviduct cu substanță de contrast 259,73
114. Radiografie retroalveolară 14,06
115. Radiografie panoramică 25,08
116. Osteodensitometrie segmentară/segment 24,00
117. Scintigrafia: osoasă, renală, hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă 383,67***)
118. CT craniu fără substanță de contrast 114.04***)
119. CT regiune gât fără substanță de contrast 113.41***)
120. CT regiune toracică fără substanță de contrast 146.24***)
121. CT abdomen fără substanță de contrast 147.33***)
122. CT pelvis fără substanță de contrast 114.89***)
123. CT coloană vertebrală fără substanță de contrast/segment 61.18***)
124. CT membre/membru fără substanță de contrast 53.31***)
125. CT craniu nativ și cu substanță de contrast 336.19***)
126. CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast 335.78***)
127. CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast 364.55***)
128. CT abdomen nativ și cu substanță de contrast adm. intravenos 344.98***)
129. CT pelvis nativ și cu substanță de contrast adm. intravenos 345.35***)
130. CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast adm. intravenos /segment
 342.17***)

131. CT membre nativ și cu substanță de contrast adm. intravenos/membru 343.86***)
132. CT ureche internă 260,00***)
133. Uro CT 325,00***)
134. Angiografie CT membre 325,00***)
135. Angiografie CT craniu 325,00***)
136. Angiografie CT regiune cervicală 325,00***)
137. Angiografie CT abdomen 325,00***)
138. Angiografie CT pelvis 325,00***)
139. Angiografii CT coronare 650,00***)
140. Colonoscopie virtuală CT 325,00***)
- 15
141. Bronhoscopie virtuală CT 260,00***)
142. RMN cranio-cerebral nativ 391.21***)
143. RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ 391.21***)
144. RMN abdominal nativ 391.21***)
145. RMN pelvin nativ 391.21***)
146. RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.) 391.21***)
147. RMN umăr nativ 391.21***)
148. RMN sâni nativ 391.21***)
149. RMN umăr nativ și cu subst. de contrast 612.90***)
150. RMN sâni nativ și cu subst. de contrast 612.90***)
151. RMN cranio-cerebral nativ și cu subst. de contrast 612.90***)
152. RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ și cu substanță de contrast 612.90***)
153. RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast 612.90***)
154. RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast 612.90***)
155. RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu subst. contrast 612.90***)
156. RMN cord cu substanță de contrast 612.90***)
157. Uro RMN cu substanță de contrast 812.50***)
158. Angiografia RMN trunchiuri supraaortice 262.54***)
159. Angiografia RMN artere renale sau aorta 262.54***)
160. Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis etc.) 520,00***)
161. Angiografia carotidiană cu substanță de contrast 340,67***)
162. Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1) 25,00
163. Ecografie abdomen*1) 17,38
164. Ecografie pelvis*1) 16,76
165. Ecografie transvaginală 16,76
166. Ecografie de vase (vene) 16,39
167. Ecografie de vase (artere) 19,69
168. Ecografie endocrină*1) 16,39
169. Ecografie obstetricală 22,57
170. Ecografie transfontanelară 22,57
171. Ecografie de organ/articulație/părți moi 16,39
172. Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II 250,00
173. Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN 60,13
174. Senologie imagistică - ecografie 16,39
175. Ecocardiografie 27,38
176. Ecocardiografie + Doppler 34,44
177. Ecocardiografie + Doppler color 36,25
178. Ecocardiografie transesofagiană 60,13
179. EKG*1) 7,12
180. Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter) 46,83
181. Holter TA 23,20

182. Mamografie în 2 planuri*1)/pentru un sân 27,56
183. Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanță de contrast 188,85
184. Spirometrie*1) 14,30
185. Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor 15,00
186. Peak-flowmetrie 2,63
187. Determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț*1) 5,42
188. EEG standard 15,00
189. Electromiografie 17,39
190. Ergometrie 24,12
191. Monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice 180,00
16

*) Un set cuprinde 4 - 10 teste, la recomandarea medicilor de specialitate din specialitățile clinice oncologie și hematologie.

***) În condițiile în care se consemnează distinct de către medicul care a făcut recomandarea pentru hemoleucogramă.

****) Pentru investigațiile paraclinice prevăzute la poz. 117 – 161, casele de asigurări de sănătate decontează 60% din tarifele corespunzătoare, diferența de 40% reprezentând contribuție personală din partea asiguraților, cu excepția copiilor 0-18 ani și a persoanelor beneficiare ale legilor speciale pentru care casele de asigurări de sănătate decontează 100% tarifele aferente.

NOTA 1:

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

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

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

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

*5) Se decontează numai în cazul în care cultura este pozitivă, fără recomandarea medicului de familie sau specialist, pe răspunderea medicului de laborator.

NOTA 2:

Filmele radiologice și substanțele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3:

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

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

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

NOTA 4:

Pentru medicii cu specialități medicale clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice sau pentru care se încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalelor sau în cabinetele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor sau în cabinetele medicale de specialitate care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

a) Serviciile prevăzute la pozițiile: 166 – 167 și 175 - 177 se decontează numai pentru medicii din

specialitățile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie și gerontologie cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare corespunzătoare specialității; serviciul prevăzut la poziția 178 se decontează numai pentru medicii de specialitate cardiologie, în condițiile în care aceștia au competența și dotarea necesară;

b) Serviciile prevăzute la poziția 168 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, medicină internă cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

c) Serviciile prevăzute la poziția 169 se decontează numai pentru medicii din specialitatea genetică medicală și obstetrică ginecologie cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

17

d) Serviciile prevăzute la poziția 170 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

e) Serviciile prevăzute la poziția 164 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, precum și de medici cu specialitatea urologie;

f) Serviciile prevăzute la poziția 174 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie;

g) Serviciile prevăzute la poziția 171 (ecografie de organ/de părți moi/de articulație) se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reabilitare medicală și reumatologie cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

h) serviciile prevăzute la pozițiile 172 și 173 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;

i) Serviciile prevăzute la poziția 165 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice;

NOTA 5:

1. Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 89, 90, 92, 94, 95, 96, 114, 123, 124, 130, 131, 143, 146, 152, 155, 182 tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru indiferent de numărul de incidente recomandate și efectuate, cu excepția serviciilor prevăzute la poz. 89, 90, 92, 94, 95, 96 și 114 pentru care tariful se referă la minim 2 incidente. În cazul explorării mai multor segmente/membre, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

2. Pentru serviciul prevăzut la poziția 116, tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/cod unic de asigurare o dată pe an.

3. În cazul investigațiilor CT și RMN prevăzute în tabelul de la cap. II, efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale și implicit prezența unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora (prevăzute în tabelul de la cap. II se vor majora cu tarifele corespunzător acestui tip de anestezie prevăzut în anexa 16. Pentru investigațiile CT și RMN prevăzute la pozițiile: 123, 124, 130, 131, 143, 146, 152, 155 la care tariful aferent prevăzut în tabelul de la pct. 1 se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru, în cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice/membre, casele de asigurări de sănătate vor deconta majorarea de 10% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan.

NOTA 6:

1. Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se decontează numai pe bază de recomandare medicală asiguraților în următoarele condiții:

- urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare.

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice. În acest caz biletul de trimitere cuprinde și datele din fișele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin; 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, 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 pct. 3 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 fișa de solicitare este însoțită de o copie a fișei de preanestezie pe care va fi

18 aplicată parafa și semnătura medicului cu specialitatea ATI și care va avea același circuit ca și fișa de solicitare.

NOTA 7:

Medicii de familie, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 162 - ecografie generală (abdomen + pelvis).

NOTA 8:

Pentru pozițiile 73, 74 și 75 codurile aferente se completează cu cifrele:

1 - pentru examene din secreții uretrale

2 - pentru examene din secreții otice

3 - pentru examene din secreții nazale

4 - pentru examene din secreții conjunctivale

5 - pentru examene din secreții - puroi

6 - asociere de 2 localizări sau multiple dar nu mai mult de 3/pacient/trimitere

NOTA 9:

Serviciul medical de la poziția 70 este examen citologic.

NOTA 10:

Serviciile medicale de la pozițiile 179, 180, 181, 184 - 191 sunt explorări funcționale.

NOTA 11:

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la cap. II, pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medici de familie, respectiv de medici de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la cap. IV punctul 3 din anexa nr. 1 la ordin, respectiv la cap. I lit. B pct. b) din prezenta anexă.

NOTA 12:

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la cap. II.

NOTA 13:

Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la cap. II, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de medicină dentară și al tratamentelor de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară

1. Pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară și al tratamentelor de medicină dentară

COD ACTE TERAPEUTICE TARIFE

- LEI-

1. Consultație

1.1*) Consultație (inclusiv modelul de studiu) 36

*) Se efectuează o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat

2. Tratamentul cariei simple

2.1 Tratamentul cariei simple cu materiale fizionomice 72
19

2.2 Tratamentul cariei simple cu materiale nefizionomice 60

3. Tratamentul afecțiunilor pulpare

3.1 Tratamentul afecțiunilor pulpare la dinții monoradiculari 60

3.2 Tratamentul afecțiunilor pulpare la dinții pluriradiculari 90

3.3 Tratamentul gangrenei pulpare la dinții monoradiculari 72

3.4 Tratamentul gangrenei pulpare la dinții pluriradiculari 96

4. Tratamentul paradontitelor apicale

4.1 Tratamentul paradontitelor apicale la dinții monoradiculari 72

4.2 Tratamentul paradontitelor apicale la dinții pluriradiculari 96

5. Tratamentul afecțiunilor parodontiului marginal

5.1 Tratamentul afecțiunilor parodontiului marginal 72

6. Tratamente chirurgicale buco-dentare

6.1 Anestezia prin infiltrație 24

6.2 Extracția la dinții temporari 15

6.3 Extracția la dinții permanenți monoradiculari 48

6.4 Extracția la dinții permanenți pluriradiculari 60

6.5 Extracția prin alveolotomie/ alveoloplastie 132

6.6*) Chiuretaj alveolar 30

6.7 Tratamentul hemoragiei și alveolitei 36

6.8 Decapușonarea 36

6.9 Tratament de urgență a plăgilor OMF 90

6.10 Imobilizarea luxației dentare 30

6.11 Imobilizarea în cazul fracturilor 60

6.12 Reducerea luxației ATM 48

6.13 Control post-operator 18

*) 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

7. Tratamente protetice

7.1*) Proteza acrilică 600

7.2 Reparație proteză 60

7.3 Element acrilic 60

7.4 Element metalo-acrilic 90

7.5 Reconstituire coroană radiculară 60

*) Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 5 ani.

8. Tratamente ortodontice

8.1 Decon condiționarea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiție infantilă, respirație orală) prin plăcuță, vestibulo-orală și scut lingual

360

8.2*) Decon condiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/ gutiere + bărbiță și capelină

420

- 8.3 Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință 15
8.4*) Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale 600
8.5 Șlefuirea în scop ortodontic/dinte 15
8.6*) Reparație aparat ortodontic 300
8.7 Menținătoare de spațiu mobile 360
8.8*) Activare aparat ortodontic/ședință 30

Pentru pct. 8 "Tratamente ortodontice", actele terapeutice notate (*) țin numai de competența medicilor de specialitate în ortodonție și ortopedie dento-facială.

9. Pansament calmant/drenaj endodontic 30
20

NOTA 1: Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la pct. 8 "Tratamente ortodontice" menționate în notă.

NOTA 2: Codurile pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt următoarele: 4.1, 4.2, 5.1, 6.7, 6.8, 6.9, 6.10, 6.11, 6.12, 7.2, 8.6, 9.

NOTA 3: Competența pentru dentiști este pentru codurile: 1.1, 2.1, 2.2, 9.

NOTA 4: Formula dentară:

Dinți permanenți

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

Dinți temporari

- 51 - incisiv medial dreapta sus
- 52 - incisiv lateral dreapta sus
- 53 - canin dreapta sus
- 54 - molar dreapta sus
- 55 - molar dreapta sus
- 61 - incisiv medial stânga sus
- 62 - incisiv lateral stânga sus
- 63 - canin stânga sus
- 64 - molar stânga sus
- 65 - molar stânga sus
- 71 - incisiv medial stânga jos
- 21
- 72 - incisiv lateral stânga jos
- 73 - canin stânga jos
- 74 - molar stânga jos
- 75 - molar stânga jos
- 81 - incisiv medial dreapta jos
- 82 - incisiv lateral dreapta jos
- 83 - canin dreapta jos
- 84 - molar dreapta jos
- 85 - molar dreapta jos

NOTA 5: În cazul dinților supranumerari se indică codul dintelui cu specificația "supranumerar".
Dată fiind incidența dinților supranumerari se admit la raportare maximum doi dinți supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

NOTA 6: Medicii de medicină dentară pot efectua radiografia dentare (retroalveolară și panoramică) cuprinse la cap. II 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 medicină dentară, dacă au autorizațiile necesare efectuării acestor servicii și dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 11 la ordin.

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

NOTA 7: Serviciile prevăzute la codurile 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 7.1, 7.3, 7.4, 7.5, se acordă astfel:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități sanitare de stat, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.
- Pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.
- Pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 a recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Apărării Naționale și Ministerului Administrației și Internelor, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.

2. Pachetul minimal de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de

medicină dentară.

Se acordă servicii medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la nota 2 de la pct. 1.

Medicația pentru cazurile de urgență la nivelul cabinetului se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.

Persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate (radiografii dentare) și tratamentul prescris de medicii de medicină dentară.

3. Pachetul de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, conform legii:

22

a) se acordă serviciile medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la nota 2 de la pct. 1.

Medicația pentru cazurile de urgență la nivelul cabinetului se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.

Persoanele beneficiare ale pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate (radiografii dentare) și tratamentul prescris de medicii de medicină dentară;

b) pentru persoanele cu vârste cuprinse între 0 și 18 ani din categoriile de persoane prevăzute la art. 214 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, se acordă serviciile medicale de medicină dentară de la pct. 1 "Pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară și al tratamentelor de medicină dentară".

4. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la nota 2 de la pct. 1.

5. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. III pct. 1.

6. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia după caz, de serviciile medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la nota 2 de la pct. 1 sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. III pct. 1, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

CAPITOLUL IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală

Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultația medicală de specialitate

1.1. Consultația medicală de specialitate, se acordă în cabinetele medicale și cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea și recomandarea explorărilor necesare și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- bilanțul articular anatomic și funcțional, bilanțul muscular, bilanțul global gestual și întocmirea planului de recuperare;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice și de recuperare, prescrierea tratamentului medical igienodietetic și fizical, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice generale și specifice balneoclimatice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile și nămolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico/chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline și peșteri, avizate de Ministerul Sănătății conform legislației în vigoare.

1.2. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații; fiecare

cură de tratament recomandată trebuie să fie precedată de o consultație, într-un interval de la consultație, la momentul începerii curei, ce nu poate depăși 30 de zile calendaristice. Casele de asigurări de sănătate pot deconta o a doua consultație în timpul curei sau la finalul fiecărei cure la un interval ce nu poate să depășească 10 zile calendaristice de la momentul finalizării acesteia. Pentru situațiile în care unui asigurat nu i se recomandă cură de tratament, casa de asigurări de sănătate decontează 2 consultații.

1.3. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - nominalizate în H.G. nr. 720/2008, pentru care tratamentul se poate prescrie și monitoriza de către medicul în 23

specialitatea recuperare medicină fizică și balneofizioterapie din unitățile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătății, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, o consultație și prescripția/prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar, cu condiția ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic specialist pentru aceeași perioadă.

Tariful pe consultație în specialitatea clinică reabilitare medicală este delei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%.

2. Servicii medicale-cură de tratament acordate în cabinetele/bazele de tratament

Recomandarea pentru serviciile de recuperare - reabilitare a sănătății se poate face de către medicii de specialitate și de către medicii de familie, în limita competențelor iar serviciile se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate reabilitare medicală. Asigurații, au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale. O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament, în medie 4 proceduri/zi. Pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 16 ani, casele de asigurări de sănătate decontează 4 cure pe an calendaristic.

Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății acordate în bazele de tratament de care beneficiază un asigurat pentru o cură de tratament este de lei.

Serviciile medicale prevăzute mai sus nu se decontează de casele de asigurări de sănătate 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) etc.

PROCEDURI INCLUSE, DUPĂ CAZ, ÎN CURA DE TRATAMENT

1. Kinetoterapie de grup pe afecțiuni
2. Galvanizare
3. Ionizare
4. Curenți diadinamici
5. Trabert
6. TENS
7. Curenți interferențiali
8. Unde scurte
9. Microunde
10. Curenți de înaltă frecvență pulsatilă
11. Ultrasunet
12. Combinație de ultrasunet cu curenți de joasă frecvență
13. Magnetoterapie
14. Laser-terapie
15. Solux
16. Ultraviolete
17. Curenți cu impulsuri rectangulare
18. Curenți cu impulsuri exponențiale
19. Contractia izometrică electrică
20. Stimulare electrică funcțională
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. Limf masaj
30. Aerosoli individuali
31. Pulverizație cameră
32. Hidrokinetoterapie individuală generală
33. Hidrokinetoterapie parțială
34. Kinetoterapie individuală
35. Tracțiuni vertebrale și articulare
36. Manipulări vertebrale
37. Manipulări articulații periferice
38. Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac vâslit
39. Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodică, alcalină)
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 extracorporeale
48. Aplicația de oscilații profunde
49. Speleoterapia/salinoterapie

NOTĂ: Serviciile medicale de la pct. 1 - 38, 47 - 49 pot fi efectuate numai de cabinetele medicale care dispun și de bază de tratament. Serviciile medicale de la pct. 39 - 46 pot fi efectuate numai în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice.

Serviciile medicale se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de reabilitare medicală.

Pentru cura balneară de recuperare și cura balneară terapeutică în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice se decontează în medie 4 proceduri/zi (din care 2 proceduri cu factori naturali terapeutici).

NOTA I: Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală, de serviciile medicale prevăzute la cap. IV pct. 1, servicii devenite necesare pe timpul șederii temporare în România și acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate.

Costurile investigațiilor paraclinice recomandate și al tratamentelor prescrise sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în aceleași condiții ca pentru asigurați.

NOTA II: Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală, de serviciile medicale prevăzute la cap. IV.

NOTA III: Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală, de serviciile medicale prevăzute la cap.IV, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.