

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 au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
- b) boli cu potențial endemoepidemic până la rezolvarea completă a cazului;
- c) nașterea.

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

a1)	Tarif pe serviciu medical (lei)	
Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății	198 lei/pacient	
Urgență medicală cu investigații de înaltă performanță (CT, RMN, ANGIOGRAFIE) în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății	568/lei/asigurat/serviciu	

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

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

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

NR. CRT.	COD DIAGNOSTIC	DENUMIRE AFECȚIUNE (DIAGNOSTIC)	TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL -LEI-
1.	D17.1	Tumora lipomatoasă benignă a pielii și a țesutului subcutanat al trunchiului - Sectie Ch Gen 2051.2	261,00
2.	D50.8	Alte anemii prin carență de fier	616,00
3.	D50.9	Anemia prin carență de fier, nespecificată	394,00
4.	E04.2	Gușa multinodulară netoxică	394,00
5.	E06.3	Tiroidita autoimună	367,00
6.	E66.0	Obezitate datorită unui exces caloric	353,00
7.	E78.2	Hiperlipidemie mixtă	442,00
8.	E89.0	Hipotiroidism postprocedural	381,00
9.	G45.0	Sindrom vertebro-bazilar	264,00
10.	I20.8	Alte forme de angină pectorală (*fără coronarografie)	317,00
11.	I25.11	Cardiopatia aterosclerotică a arterei coronariene native	373,00
12.	I25.5	Cardiomiopatie ischemică	317,00
13.	I25.9	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	350,00
14.	I34.0	Insuficiența mitrală (valvă) (*fără indicație de intervenție chirurgicală)	440,00
15.	I35.0	Stenoza (valvă) aortică (*fără indicație de intervenție chirurgicală)	464,00
16.	I35.1	Insuficiența (valvă) aortică (*fără coronarografie; fără indicație de intervenție chirurgicală)	441,00
17.	I67.2	Ateroscleroza cerebrală	373,00
18.	I67.8	Alte boli cerebrovasculare, specificate	373,00
19.	I83.9	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulcerare sau inflamație	444,00
20.	I87.2	Insuficiența venoasă (cronică) (periferică)	444,00
21.	I70.21	Ateroscleroza arterelor extremităților cu claudicație intermitentă	317,00
22.	J18.9	Pneumonie, nespecificată	484,00
23.	J20.9	Bronșita acută, nespecificată	195,00
24.	J44.0	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare	435,00
25.	K29.5	Gastrita cronică, nespecificată	363,00
26.	K30	Dispepsia	208,00
27.	K58.0	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	373,00
28.	K58.9	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	359,00
29.	K73.2	Hepatita activă cronică, neclasificată altundeva	470,00
30.	K75.2	Hepatita reactivă nespecifică	550,00

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

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

NR. CRT.	COD DIAGNOSTIC	DENUMIRE AFECȚIUNE (DIAGNOSTIC)	TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL -LEI-
31.	K76.0	Degenerescenta grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	460,00
31.	K81.1	Colecistita cronică	393,00
32.	K81.8	Alte colecistite	337,00
33.	K82.8	Alte boli specificate ale vezicii biliare	305,00
34.	K86.9	Boala pancreasului nespecificat	289,00
35.	L60.0	Unghia încarnată	344,00
36.	M16.9	Coxartroza, nespecificată	228,00
37.	M17.9	Gonartroza, nespecificată	234,00
38.	M51.2	Alta deplasarea a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicație operatorie	363,00
39.	M54.4	Lumbago cu sciatică	402,00
40.	M54.5	Dorsalgie joasă	438,00
41.	N30.0	Cistita acută	256,00
42.	N39.0	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	246,00
43.	N73.9	Boala inflamatorie pelviană feminină, nespecificată	160,00
44.	N92.0	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual regulat	385,00
45.	N92.1	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual neregulat	270,00
46.	N92.4	Sângerări excesive în perioada de premenopauză	374,00
47.	N93.8	Alte sângerări anormale specificate ale uterului și vaginului	451,00
48.	N95.0	Sângerări postmenopauză	360,00

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

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

Fiecare unitate sanitară afișează numai cazurile rezolvate cu procedură chirurgicală contractate cu casa de asigurări de sănătate.

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.	Amigdalectomie	E04301	Tonsilectomia fără adenoidectomie	683,43
2.	Amigdalectomie	E04302	Tonsilectomia cu adenoidectomie	683,43
3.	Bronhomediastino - scopie	G02401	Bronhoscopia	729,81
4.	Bronhomediastino - scopie	G02403	Fibrobronhoscopia	729,81
5.	Adenoidectomie	E04303	Adenoidectomia fără tonsilectomie	683,43
6.	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02802	Curetajul aspirativ al cavității uterine	254,46
7.	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M03702	Polipectomia la nivelul colului uterin	452,89
8.	Excizia locală a leziunilor sânelui	Q00501	Excizia leziunilor sânelui	479,27
9.	Endoscopie digestivă superioară	J00101	Esofagoscopia flexibilă	430,65
10.	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J01202	Esofagoscopia cu biopsie	556,68
11.	Endoscopie digestivă superioară	J13901	Panendoscopia până la duoden	430,65
12.	Endoscopie digestivă superioară	J13903	Panendoscopia până la ileum	430,65
13.	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14201	Panendoscopia până la duoden cu biopsie	556,68
14.	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14202	Endoscopia ileală cu biopsie	556,68
15.	Terapia chirurgicală a fimozei	L03702	Circumcizia la bărbat	224,31
16.	Chirurgia varicelor	H12002	Injectări multiple cu substanțe sclerozante la nivelul venelor varicoase	937,26
17.	Dilatarea și chiuretajul după avort sau pentru întrerupere de sarcină	M02801	Dilatarea și chiuretajul[D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	254,46
18.	Examinare fibroscopică a faringelui	E04701	Examinare fibroscopică a faringelui	515,57
19.	Chiuretaj cu biopsia de endometru	M02501	Biopsia de endometru	515,57
20.	Chiuretaj cu biopsia de col uterin	M03701	Biopsia de col uterin	515,57
21.	Rezecția parțială a unghiei încarnate	P02504	Rezecția parțială a unghiei încarnate	328,21
22.	Coronarografie	H06801	Coronarografie	1.218,04

NOTĂ: Pozițiile 5 - 13 din tabelul de mai sus se referă la cura chirurgicală a fracturilor de piramidă nazală după un traumatism recent; nu sunt incluse corecțiile estetice.

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical/vizită (zi) și pentru care în vederea decontării nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi (FSZ) după fiecare vizită (zi).

NR. CRT.	DENUMIRE SERVICIU MEDICAL	TARIF PE SERVICIU MEDICAL
1.	Chimioterapie *) cu monitorizare	324,00 lei/ședință
2.	Litotritie	405,00 lei/ședință

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

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

NR. CRT.	DENUMIRE SERVICIU MEDICAL	TARIF PE SERVICIU MEDICAL
1.	Amniocenteză ***)	1.043,00 lei/asigurat/serviciu
2.	Biopsie de vilozități coriale ***)	1.043,00 lei/asigurat/serviciu
3.	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic cu investigații de înaltă performanță-lei/asigurat	474,00 lei/asigurat
4.	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic fără investigații de înaltă performanță-lei/asigurat	236,00 lei/asigurat
5.	Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății	198,00 lei/pacient
6.	Urgență medicală cu investigații de înaltă performanță (CT, RMN, ANGIOGRAFIE) în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Sănătății	568,00 lei/pacient
7.	Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C)	394,00 lei/asigurat/sarcină
8.	Monitorizare afecțiuni oncologice cu investigații de înaltă performanță	1.393,00 lei/asigurat/lună
9.	Monitorizare afecțiuni oncologice fără investigații de înaltă performanță	236,00 lei/asigurat
10.	Evaluarea Sindromului Post Covid-19	479,00 lei/asigurat
11.	Diagnostic si/sau stadializare cu proceduri de înaltă performanță (2 segmente torace/abdomen sau abdomen/pelvis) în tumori digestive	868,00 lei/asigurat
12.	Diagnostic cu proceduri de inalta performanta (1 segment abdomen) în boli inflamatorii intestinale	867,00 lei/asigurat
13.	Paracenteza	500,00 lei/asigurat

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

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare. Serviciul medical se acordă o singură dată pentru fiecare ochi.

***) Biopsia de vilozități coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuate numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenți - la recomandarea medicului genetician sau risc de aneuploidii mai mare de 1/250 în urma screening-ului genetic prenatal: test combinat (markeri ecografici și dublu test sau triplu test); în tarifele aferente acestora este inclusă și testarea genetică a probelor prelevate.

Cordonocenteza se decontează la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu indicație în scop diagnostic sau terapeutic; în tarifele aferente acestora este inclusă și testarea genetică a probelor prelevate.

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

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

Testarea genetică a probelor prelevate prin biopsie de vilozități coriale, amniocenteză sau cordonocenteză se realizează prin una din următoarele tehnici: citogenetică, FISH, MLPA, QF-PCR.

****) Monitorizare și administrare tratament afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1, (**)1β și (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1, (**)1β și (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

*****) sub ghidaj Rx.

*****) sub ghidaj și mașina de ablație.

*****) Se poate efectua trimestrial la asigurații cu diabet zaharat confirmat.

*****) Se realizează de către medicul de specialitate medicină nucleară în baza recomandării medicilor de specialitate cu specialitatea oncologie medicală sau endocrinologie, pentru pacienții cu tumori neuroendocrine pentru vizualizarea receptorilor somatostatinici.

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

NR. CRT.	DENUMIRE SERVICIU MEDICAL	SERVICII OBLIGATORII	TARIF PE SERVICIU MEDICAL
1.	Ciroza hepatică – monitorizare cu proceduri de înaltă performanță la pacienții cu suspiciune de hepatocarcinom (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie), Creatinina, CT abdomen cu substanță de contrast / IRM abdomen cu substanță de contrast / Colangio-IRM	474,03 lei/an
2.	Hepatita cronică virală B – diagnostic (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Ac Anti HBs, AgHBe, Ac anti-HBe, Ac anti-VHD, Determinare cantitativă ADN VHB, Fibroscan	919,96 lei
3.	Hepatita cronică virală C – diagnostic (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Determinare cantitativă ARN VHC, Fibroscan	579,79 lei
4.	Monitorizarea sarcinii cu risc crescut la gravidă cu tulburări de coagulare / trombofilii ereditare și dobândite	Consultații de specialitate obstetrică-ginecologie, Antitrombină III, Proteină C, Proteină S, Dozarea hemocisteinei serice, Control hemocisteină serică, Factor V Leyden, Anticoagulant lupic screening, Anticoagulant lupic confirmare, Ecografie obstetricală și ginecologică	647,88 lei
5.	Evaluarea și tratamentul anemiei prin carență de fier cu fier injectabil intravenos. Se recomandă numai la pacienții cu un risc mare de sângerare pentru intervențiile prevăzute în Anexa 1 la ordinul ministrului sănătății nr. 1251/2018 pentru aprobarea Ghidului de gestionare a sângelui pacientului în perioada perioperatorie.	Consultație de specialitate, analize de laborator: feritină serică, transferrină, hemoleucogramă completă, sideremie, proteina C reactivă, glicemie, creatinină serică, uree, timp Quick (inclusiv INR), APTT; fier injectabil intravenos 500 mg	776,98 lei
6.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec	495,19 lei
7.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec.	389,48 lei
8.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec; polipectomie; examen anatomo-patologic	1.059,35 lei

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii și pentru care în vederea decontării se închide fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

NR. CRT.	DENUMIRE SERVICIU MEDICAL	SERVICII OBLIGATORII	TARIF PE SERVICIU MEDICAL
9.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec; polipectomie; examen anatomo-patologic	952,76 lei
10.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec; examen anatomo-patologic.	705,74 lei
11.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec; examen anatomo-patologic	615,60 lei
12.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică;	465,06 lei
13.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la flexura hepatică.	359,07 lei
14.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo-patologic	1.011,83 lei
15.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la până la flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo-patologic	905,24 lei
16.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică; examen anatomo-patologic	664,01 lei
17.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la flexura hepatică; examen anatomo-patologic	573,88 lei

****) Monitorizare și administrare tratament afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 (**)1β și (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1, (**)1β și (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

Fiecare unitate sanitară afișează numai secțiile/compartimentele contractate cu casa de asigurări de sănătate.

NR. CRT.	DENUMIRE SECȚIE/COMPARTIMENT	CODUL SECȚIEI/COMPARTIMENTULUI*	TARIF MAXIMAL PE ZI DE SPITALIZARE 2023 (LEI)	TARIF PE ZI DE SPITALIZARE NEGOCIAT ȘI CONTRACTAT CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE (LEI)
4.	4. Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul II	1222.1		664,11 664,11

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2023 nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare prevăzut în tabel, cu excepția secțiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 10 și 11 a secției de recuperare medicală neurologie și recuperare neuropsihomotorie prevăzute la poz. 15 și 18, din tabelul de mai sus, pentru care tarifele maxime se pot majora cu până la 30%, respectiv secțiilor de pneumoftiziologie și pneumoftiziologie copii prevăzute la poz. 8 și 9, pentru care tarifele maxime se pot majora cu până la 15%.

NOTA 2: Pentru secția clinică recuperare neuromusculară, recuperare medicală, neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgență "Bagdasar Arseni", secția clinică (IV) de recuperare medicală neurologie din cadrul Institutului Național de Recuperare Medicină Fizică și Balneologie, secția de recuperare neuropsihomotorie pentru copii de la Centrul Medical Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii "Dr. N. Robanescu" și secția de recuperare neurologică de la Spitalul Universitar de Urgență Elias, tariful pe zi de spitalizare este 512,96 lei/zi.

Unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - sistem DRG vor afișa următorii indicatori:

ICM 2023 (indicele de complexitate a cazurilor)	TCP 2023 (tarif pe caz ponderat)	TARIF PE CAZ REZOLVAT
1	2	3 = 1 * 2
2,2435	1738	3899,20

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).