

HOTĂRÂRE nr. 400 din 13 mai 2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015

În temeiul art. 108 din **Constituția României**, republicată, al art. 210 alin. (1) lit. c) și d) și al art. 217 alin. (2) din Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, **Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1

(1) Se aprobă pachetele de servicii medicale, respectiv pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, acordate pentru perioada 2014-2015, prevăzute în anexa nr. 1.

(2) Se aprobă **Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014-2015**, prevăzut în anexa nr. 2.

Art. 2

(1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 217 alin. (4) din Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare norme, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Medicilor Dentişti din România, a Colegiului Farmaciştilor din România, a Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenţilor Medicali din România, a Ordinului Biochimiştilor, Biologilor și Chimiştilor în Sistemul Sanitar din România, precum și a organizațiilor patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical, norme care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale, elaborate în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a normelor prevăzute la alin. (1) de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al miniştrilor și conducătorilor instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.

Art. 3

(1) Serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și între furnizori și Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Furnizorii negociază contractele cu casele de asigurări de sănătate în conformitate și în limitele prevăzute de legislația în vigoare, cu respectarea modelelor de contracte prevăzute în norme.

(2) Repartizarea fondurilor destinate serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale pe casele de asigurări de sănătate se face, în condițiile legii, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după reținerea la

dispoziția sa a unei sume suplimentare reprezentând 3% din fondurile prevăzute cu această destinație. Această sumă se utilizează în situații justificate, în condițiile legii, și se repartizează până la data de 30 noiembrie a fiecărui an.

Art. 4

Criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate de către structuri de specialitate ale Ministerului Sănătății și aprobate prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii, au caracter obligatoriu pentru toți furnizorii care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 5

Condițiile acordării asistenței medicale și criteriile privind calitatea acestora se aplică în mod unitar atât furnizorilor publici, cât și celor privați.

Art. 6

(1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate prevăzute la art. 3 alin. (1) sunt raporturi juridice civile care vizează acțiuni multianuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale. Angajamentele legale din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament și creditele bugetare aprobate.

(2) Creditele bugetare aferente acțiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile bugetare anterioare.

(3) Sumele nedecontate pentru serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent, cu aprobarea ordonatorului principal de credite, în limita creditelor bugetare și de angajament aprobate cu această destinație prin legile bugetare anuale.

(4) Totalul angajamentelor legale aferente serviciilor medicale, medicamentelor cu și fără contribuție personală și unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu poate depăși media lunară a primelor 11 luni ale aceluiași an.

Art. 7

Pentru aplicarea prevederilor prezentei hotărâri, termenii și expresiile de mai jos semnifică după cum urmează:

- a)** case de asigurări de sănătate - casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești;
- b)** norme - normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;
- c)** Fond - Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- d)** dispozitive medicale - dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu;
- e)** pachetul de servicii de bază - se acordă asiguraților și cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații;

f) pachetul minimal de servicii - în sistemul asigurărilor sociale de sănătate - se acordă persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și cuprinde servicii de îngrijire a sănătății, medicamente și materiale sanitare numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție;

g) niveluri generale de prioritate - indicația privind durata maximă a timpului de programare la același segment de asistență medicală sau trimitere către un alt segment de asistență, într-un interval de timp corespunzător nivelului de prioritate pentru fiecare condiție clinică. Nivelurile de prioritate sunt utilizate în vederea întocmirii listelor de prioritate, cu excepția nivelului de prioritate 0:

(i) nivel de prioritate 0 - afecțiuni cu potențial imediat amenințător de viață pentru care se impune trimiterea imediată pentru spitalizare de urgență, fiind obligatorie acordarea primului ajutor și asigurarea asistenței medicale de urgență adecvată prin apelarea la 112 sau internarea pacientului, dacă cabinetul se află în structura unui spital care deține capacitatea și competențele necesare pentru tratarea cazului respectiv;

(ii) nivel de prioritate 1 - afecțiuni cu impact potențial semnificativ al intervenției precoce de a preveni complicații severe pentru care se impune trimiterea către ambulatoriul de specialitate/spital, după caz; se recomandă trimiterea în maximum 7-28 zile;

(iii) nivel de prioritate 2 - situații clinice neamenințătoare de viață, dar cu un orizont de timp limitat pentru ca intervenția să prevină deteriorarea funcțională pentru care se impune trimiterea către ambulatoriul de specialitate; se recomandă trimiterea în maximum 1-3 luni;

(iv) nivel de prioritate 3 - evaluare complexă/precizare de diagnostic pentru pacienți stabili a căror afecțiune nu prezintă potențial de deteriorare rapidă sau afectare ușoară ori moderată a statusului funcțional pentru care se impune trimiterea către ambulatoriul de specialitate; se recomandă trimiterea în maximum 3-6 luni;

h) frecvență/plafon - frecvența exprimă regularitatea cu care se acordă serviciile medicale, iar plafonul reprezintă numărul maxim de servicii acordate;

i) ghiduri de practică clinică - recomandări dezvoltate în mod transparent și sistematic prin metodele medicinei bazate pe dovezi, cu scopul orientării deciziei privind intervențiile în sănătate;

j) traseu sau circuit clinic - planuri de management al cazului care conțin actele medicale necesare, ordinea realizării lor în cadrul procesului de îngrijire, frecvența de repetare, după caz, secvența acestora, roluri și responsabilități specifice, precum și condițiile de trimitere a cazului între profesioniștii implicați, la toate nivelele de îngrijire ale sistemului de sănătate pentru o afecțiune sau un grup de afecțiuni specificate. Planurile de management al cazului se întocmesc de către medici pentru pacienții cu afecțiuni cronice utilizând clasificarea tipurilor de consultații prevăzute mai jos. Traseele clinice reprezintă principalul instrument operațional pentru integrarea și coordonarea serviciilor de sănătate:

(i) consultație de tip A - consultație scurtă: îngrijirea pentru o afecțiune cronică confirmată, în relație cu una sau mai multe boli, pentru care se aplică deja un plan de management, caracterizată prin sarcini simple și care poate include următoarele: anamneză, examinare clinică, management limitat al bolii - prescriere medicație, concediu medical, urmărire indicații igieno-dietetice, bilet de trimitere, înregistrare informații clinice în dosarul electronic al pacientului, de la data implementării acestuia;

(ii) consultație de tip B - consultație standard - având două subcategorii, consultație de nivel B1 și consultație de nivel B2;

1. consultația de tip B1 - constă în îngrijirea pentru o afecțiune care nu este confirmată, în relație sau nu cu una sau mai multe boli preexistente, și poate include următoarele: anamneză detaliată, examinarea clinică specifică specialității, inclusiv manevrele uzuale din practica curentă, stabilirea planului de investigații cu interpretare, stabilirea planului de management al bolii, inclusiv activități de suport;

2. consultația de tip B2 - constă în îngrijirea pentru monitorizarea pacientului cu una sau mai multe afecțiuni cronice, pentru care există periodicitate menționată în planul de management și poate include următoarele: bilanțul stării de sănătate, examen clinic, investigații, urmărirea și/sau actualizarea planului de management, activități de suport;

k) cazurile de urgență medico-chirurgicală - cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. **2.021/691/2008** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. **95/2006**, cu modificările ulterioare;

l) spitalizarea evitabilă - spitalizarea continuă care apare pentru afecțiuni care pot fi abordate și rezolvate prin servicii medicale eficiente și acordate la timp la alte nivele ale sistemului de sănătate: medic de familie, ambulatoriu de specialitate, spitalizare de zi;

m) episodul de boală pentru afecțiuni acute este inițiat la primul contact al pacientului cu sistemul de sănătate pentru o problemă de sănătate și este limitat în timp, de regulă la 3 luni - fie prin evoluția cu durată limitată a bolii către vindecare, fie prin transformarea în boală cronică - problema de sănătate nou-apărută primește un diagnostic de boală cronică;

n) serviciu medical - caz - totalitatea serviciilor acordate unui asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură.

Art. 8

(1) Furnizorii și casele de asigurări de sănătate aflați în relație contractuală au obligația să respecte prevederile prezentei hotărâri și ale normelor.

(2) Nerespectarea obligațiilor contractuale de către părți conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractele încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

Art. 9

(1) Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu sunt prevăzute în norme.

(2) Utilizarea acestor modele de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare negociate între părțile contractante, potrivit prevederilor art. 247 din Legea nr. **15/2006**, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 10

(1) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate comunică termenul de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de expirarea termenelor stabilite pentru fiecare dintre situațiile de mai sus.

(2)În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente și unele materiale sanitare și de dispozitive medicale depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate, respectiv de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3)Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență.

Art. 11

(1)Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform contractelor încheiate cu furnizorii.

(2)Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii, denunțarea unilaterală a contractului, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.

(3)Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea contractelor dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

Art. 12

(1)În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(2)În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3)După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor alin. (1) și (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele de

același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(4)În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (1)-(3) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Art. 13

(1)Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa și reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentişti din România, Colegiului Farmaciştilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenților Medicali din România.

(2)La efectuarea controlului de către reprezentanții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv ai caselor de asigurări de sănătate, în cazul în care se solicită participarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentişti din România, Colegiului Farmaciştilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenților Medicali din România, după caz, aceștia participă la efectuarea controlului.

(3)Controlul calității serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizori se organizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate pe baza criteriilor de calitate elaborate de către structuri de specialitate ale Ministerului Sănătății și aprobate prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii.

(4)Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate și/sau de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

(5)În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

Art. 14

(1)Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control.

(2)Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documente medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control, conform solicitării scrise a organelor de control, se sancționează conform legii și poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Art. 15

(1)Furnizorii de servicii medicale, cu excepția unităților sanitare de medicina muncii - boli profesionale, cu personalitate juridică, și a secțiilor de boli profesionale, precum și a cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor, au obligația să întocmească evidențe distincte pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală. Până la stabilirea caracterului "de muncă" al accidentului sau a caracterului "profesional" al bolii, conform prevederilor legale în vigoare, contravaloarea serviciilor medicale, precum și a medicamentelor și unor materiale sanitare acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului, urmând ca, ulterior, sumele decontate să se recupereze de casele de asigurări de sănătate din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz. Sumele încasate de la casele de pensii pentru anul curent reconstituie plățile. Sumele încasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent se raportează în conturile de execuție bugetară, partea de cheltuieli, cu semnul minus, și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.

(2)Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală aceste evidențe, în vederea decontării, precum și cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective, în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru anul curent reconstituie plățile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru perioadele anterioare anului curent se raportează în conturile de execuție bugetară, partea de cheltuieli, cu semnul minus, și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.

Art. 16

(1)Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu au obligația:

a)să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate și decontate din bugetul Fondului, 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; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 15 alin. (2);

b)să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relație contractuală facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la tarifele/prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.

(2)Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale în ambulatoriu au obligația:

a)să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate și decontate din bugetul Fondului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 15 alin. (2);

b)să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relații contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la tarifele/prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.

(3)Pentru cazurile la care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, unitățile sanitare de medicina muncii - boli profesionale, cu personalitate juridică, secțiile de boli profesionale, aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, întocmesc distinct, în vederea validării și decontării ulterioare de către casele de asigurări de sănătate, documentele justificative pentru serviciile acordate pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, respectiv pacienților beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004**.

Art. 17

Potrivit prevederilor prezentei hotărâri, atribuțiile care revin direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate și de către direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, precum și de către autoritățile publice locale care au preluat managementul asistenței medicale spitalicești conform legii.

Art. 18

(1)Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină.

(2)Toate documentele necesare decontării serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale în ambulatoriu se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura/semnătura electronică extinsă a reprezentanților legali ai furnizorilor.

Art. 19

(1)Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt următoarele:

a)serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistența medicală la locul de muncă, asistența medicală a sportivilor;

b)unele servicii medicale de înaltă performanță, altele decât cele prevăzute în norme;

c)unele servicii de asistență stomatologică, altele decât cele prevăzute în norme;

d)serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;

- e)** corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani, cu excepția reconstrucției mamare prin endoprotezare în cazul intervențiilor chirurgicale oncologice;
 - f)** unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport, altele decât cele prevăzute în norme;
 - g)** serviciile medicale solicitate și eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților și eliberarea de acte medicale la solicitarea asiguraților, cu excepția celor prevăzute în norme;
 - h)** fertilizarea in vitro;
 - i)** asistența medicală la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă, a încadrării și reevaluării gradului de handicap;
 - j)** contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului;
 - k)** contribuția personală din prețul medicamentelor, al unor servicii medicale și al dispozitivelor medicale;
 - l)** serviciile medicale solicitate de asigurat;
 - m)** unele servicii și proceduri de reabilitare, altele decât cele prevăzute în norme;
 - n)** cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unitățile medico-sociale;
 - o)** serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și cabinetelor de medicină a muncii;
 - p)** serviciile hoteliere solicitate de pacienții ale căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi;
 - q)** cheltuielile de personal pentru medici, farmaciști și medici dentiști pe perioada rezidențiatului;
 - r)** serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning familial din structura spitalului;
 - s)** cheltuielile de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare a distroficiilor, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copiii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;
 - ș)** activitățile care prezintă un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sănătate publică: dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie;
 - t)** cheltuielile prevăzute la art. 93 alin. (5) și, după caz, alin. (5¹) și (5⁶) din Legea nr. **95/2006**, cu modificările și completările ulterioare, pentru unitățile de primire a urgențelor și compartimentele de primire a urgențelor cuprinse în structura organizatorică a spitalelor de urgență, aprobate în condițiile legii.
- (2)** Contribuția personală prevăzută la alin. (1) lit. k) se stabilește prin norme.

Art. 20

(1) Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din Fond, în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă contribuției personale prevăzute pentru unele servicii medicale ca obligație de plată pentru asigurat, în condițiile prevăzute în norme.

(2) Pentru asigurații prevăzuți la art. 218 alin. (3) din Legea nr. **95/2006**, cu modificările și completările ulterioare, din Fond se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricărui alt asigurat.

Art. 21

(1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iunie 2014.

(2) La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, Hotărârea Guvernului nr. **117/2013** pentru aprobarea **Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014**, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 166 din 28 martie 2013, cu modificările ulterioare, se abrogă.

Art. 22

Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:

Ministrul sănătății,

Nicolae Băncicioiu

Ministrul finanțelor publice,

Ioana-Maria Petrescu

Ministrul delegat pentru buget,

Liviu Voinea

ANEXA nr. 1: Pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază

CAPITOLUL I: Pachetul minimal de servicii

SECȚIUNEA 1: A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

(1)1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1.servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- 1.2.supraveghere și depistare de boli cu potențial endemoepidemic;
- 1.3.consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și leuziei;
- 1.4.consultațiile de planificare familială;
- 1.5.servicii de prevenție - de la data intrării în vigoare a art. 220 și 262¹ din Legea nr. **95/2006**, cu modificările și completările ulterioare;
- 1.6.activități de suport.

1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. **2.021/691/2008** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și, dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. **2.021/691/2008**, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, atât pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista proprie, cât și pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

1.2.1.1.2. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

2.1.2. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, depistare de boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. **1.186/2000** 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.

2.1.1.2.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemoepidemic suspionată și confirmată.

3.1.3. Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și leuziei:

a)luarea în evidență în primul trimestru;

- b)** supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;
 - c)** supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
 - d)** urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
 - e)** urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.
- 3.1.1.3.1.** În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minimum 12 luni, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, precum și consiliere pre- și posttestare HIV și lues a femeii gravide.
- 3.2.1.3.2.** Condițiile acordării se stabilesc prin norme.
- 4.1.4.** Consultațiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială constau în:
- a)** consilierea persoanei privind planificarea familială;
 - b)** indicarea unei metode contraceptive.
- 4.1.1.4.1.** Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la lit. a) sau serviciile prevăzute la lit. a) și b) și se acordă două consultații pe an calendaristic, pe persoană.
- 5.1.5.** Serviciile de prevenție pentru unele boli cronice și condițiile acordării acestora de către medicul de familie - se detaliază în norme de la data intrării în vigoare a dispozițiilor art. 220 și 262¹ din Legea nr. **95/2006**, cu modificările și completările ulterioare.
- 6.1.6.** Activitățile de suport - eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.
- (2)** Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport, altele decât cele de la pct. 1.6.

SECȚIUNEA 2: B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

(1) Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- 1.2. consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemoepidemic;
- 1.3. consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și leuzei - se aplică de la data intrării în vigoare a art. 220 și 262¹ din Legea nr. **95/2006**, cu modificările și completările ulterioare;
- 1.4. consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială - se aplică de la data intrării în vigoare a art. 220 și 262¹ din Legea nr. **95/2006**, cu modificările și completările ulterioare.

1.1.1. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. **2.021/691/2008** pentru care medicul de specialitate acordă primul ajutor și, dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății

publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. **2.021/691/2008**, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

1.2.1.1.2. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

2.1.2. Depistarea bolilor cu potențial endemoepidemic - include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. **1.186/2000**.

2.1.1.2.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemoepidemic suspicionată și confirmată.

3.1.3. Consultații pentru monitorizarea evoluției sarcinii și leuziei - se detaliază în norme de la data intrării în vigoare a dispozițiilor art. 220 și 262¹ din Legea nr. **95/2006**, cu modificările și completările ulterioare.

4.1.4. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială - se detaliază în norme de la data intrării în vigoare a dispozițiilor art. 220 și 262¹ din Legea nr. **95/2006**, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de specialitate.

SECȚIUNEA 3: C. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

1. Pachetul minimal cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi și se acordă în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat.

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

a) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care are acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;

b) boli cu potențial endemoepidemic până la rezolvarea completă a cazului;

c) nașterea.

1.2. Criteriul pe baza căruia se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi este situația de urgență medico-chirurgicală.

1.3. 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. 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.

SECȚIUNEA 4: D. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. **2.021/691/2008**, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, al centrului de permanență sau prin sistemul de consultații de urgență la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgență sau a celor integrate.

2.Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1.transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege;

2.2.transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;

2.3.bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări cașectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienții cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienți oxigenodependenți, cu malformații vasculare cerebrale - aneurisme, malformații arteriovenoase - rupte neoperate, malformații arteriovenoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ;

2.4.transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei;

2.5.transportul persoanelor peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective.

SECȚIUNEA 5: E. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic
6.	Tratamentul paradontitelor apicale cu anestezie prin infiltrație
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie prin infiltrație
10.*)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei
	*) În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate.
11.	Decapuşonarea la copii
12.	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulare
14.**)	Reparație/rebazare proteză
	**) Se acordă o dată pe an.
22.***)	Reparație aparat ortodontic
	***) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodontie și ortopedie dento-facială.

1.Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul minimal de servicii pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la pct. 22.

2.Dentiștii acordă numai serviciul prevăzut la pct. 4.

3.Condițiile acordării serviciilor de medicină dentară se stabilesc în norme.

CAPITOLUL II: Pachetul de servicii de bază

SECȚIUNEA 1: A. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

(1) Pachetul de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale curative pentru urgențe medico-chirurgicale, afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice și pentru afecțiuni cronice;
- 1.2. servicii medicale de prevenție și profilaxie;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii medicale adiționale;
- 1.5. activități de suport.

1.1.1. Servicii medicale curative pentru urgențe medico-chirurgicale, afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice și pentru afecțiuni cronice

1.1.1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. **2.021/691/2008** pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și, dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. **2.021/691/2008**, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1.1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu, atât pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie, cât și pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

1.1.2.1.1.1.2. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

1.2.1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice, care cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;
- manevre de mică chirurgie, după caz;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- bilet de trimitere pentru consultație la medicul de specialitate din ambulator sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie;
- recomandare pentru tratament de reabilitare medicală în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;
- recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii și preventorii, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, după caz;

- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz.

1.2.1.1.1.2.1. Consultațiile la cabinet pentru afecțiuni acute/subacute sau acutizările unor afecțiuni cronice se vor acorda conform recomandărilor medicale în condițiile stabilite prin norme, iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la pct. 1.3.

1.3.1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice se vor realiza pentru:

- a)** supravegherea evoluției bolii;
- b)** continuitatea terapiei;
- c)** screeningul complicațiilor;
- d)** educația asiguratului privind autoîngrijirea.

1.3.1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, în condițiile stabilite prin norme, iar la domiciliu, conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor pct. 1.3.

1.4.1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă și boală cronică de rinichi.

1.4.1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) evaluarea inițială a cazului nou-depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include 4 consultații la medicul de familie - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului - recomandare pentru investigații paraclinice și bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

b) monitorizarea pacientului se face trimestrial și cuprinde 1-3 consultații programate, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament.

1.4.2.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boală cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și managementul bolii cronice de rinichi se detaliază în norme.

2.1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice sunt:

2.1.1.2.1. Consultațiile preventive sunt consultații periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani, privind:

- a)** creșterea și dezvoltarea;
- b)** starea de nutriție și practicile nutriționale;
- c)** depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform normelor.

2.1.1.2.1.1. Consultațiile se acordă după cum urmează:

- a)** la externarea din maternitate și o lună - la domiciliul copilului;
- b)** la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 de luni;
- c)** o dată pe an de la 4 la 18 ani.

2.1.2.1.2.1.2. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

2.2.1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

- a)** luarea în evidență în primul trimestru;
- b)** supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;

d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.

2.2.1.1.2.2.1. În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minimum 12 luni, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, precum și consiliere pre- și post testare HIV și lues a femeii gravide.

2.2.2.1.2.2.2. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

2.3.1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală - se vor realiza după cum urmează:

2.3.1.1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani - o dată la 3 ani, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform normelor. Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani depistate cu risc înalt, consultațiile preventive de evaluare se acordă anual, conform prevederilor pct. 1.2.3.2.

2.3.2.1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani - anual, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform normelor.

2.3.3.1.2.3.3. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

2.4.1.2.4. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației și depistare de boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. **1.186/2000**.

2.4.1.1.2.4.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemoepidemic suspionată și confirmată.

2.5.1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

2.5.1.1.2.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la lit. a) sau serviciile prevăzute la lit. a) și b) și se acordă două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

3.1.3. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie asiguraților înscriși pe lista proprie sunt consultații acordate în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu, asiguraților nedepasabili, copiilor 0-1 an, copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infectocontagioase, leuzelor și persoanelor în vederea constatării decesului.

3.1.1.3.1. Consultațiile la domiciliu se acordă de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie, astfel: maximum două consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum 4 consultații/an pentru bolile cronice și o consultație pentru fiecare situație de urgență.

3.2.1.3.2. Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 21 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise, dar nu mai mult de 3 consultații pe zi.

3.3.1.3.3. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

4.1.4. Serviciile medicale adiționale reprezintă servicii care se oferă opțional în cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguraților de pe lista proprie. Aceste servicii sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare, iar medicul de familie are competență dobândită prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz.

4.1.1.4.1. Serviciile adiționale sunt:

a) efectuare și interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate;

b) ecografie generală - abdomen și pelvis.

4.1.1.1.4.1.1. Condițiile acordării se stabilesc prin norme, în limita sumei contractate conform actului adițional încheiat cu casa de asigurări de sănătate, din fondul alocat asistenței medicale paraclinice.

4.2.1.4.2. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății

4.2.1.1.4.2.1. Condițiile acordării acestor servicii se stabilesc prin norme.

5.1.5. Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente: concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale - certificat medical constatator al decesului - cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale - scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate.

5.1.1.5.1. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

SECȚIUNEA 2: B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

(1) Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale - consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;

1.2. servicii medicale curative - consultații pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale bolilor cronice;

1.3. servicii medicale curative - consultații pentru afecțiuni cronice;

1.4. depistarea de boli cu potențial endemoepidemic;

1.5. servicii de planificare familială;

1.6. servicii diagnostice și terapeutice;

1.7. servicii de sănătate conexe actului medical.

1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. **2.021/691/2008** pentru care medicul de specialitate acordă primul ajutor și, dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății

publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. **2.021/691/2008**, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

1.2.1.1.2. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

2.1.2. Consultația medicală de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute, precum și acutizări ale bolilor cronice 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 igieno-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;

- bilet de internare, după caz;

- bilet de trimitere către alte specialități, după caz;

- eliberare de concediu medical, după caz.

2.1.1.2.1. Pentru același episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice se acordă maximum 3 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului.

2.2.1.2.2. 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 stabilite prin norme, serviciile de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

2.3.1.2.3. 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.

2.4.1.2.4. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital se acordă maximum două consultații pentru:

- urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării;

- efectuarea unor manevre terapeutice;

- după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

2.4.1.1.2.4.1. 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.

2.4.2.1.2.4.2. Pentru situațiile prevăzute la pct. 1.2.4. nu este necesar bilet de trimitere.

3.1.3. Consultația medicală de specialitate pentru afecțiuni cronice 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 igieno-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;
- bilet de trimitere către alte specialități/internare, după caz;
- eliberare de concediu medical, după caz.

3.1.1.3.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități, se acordă o consultație pe lună sau pe trimestru pe asigurat, după caz.

3.2.1.3.2. 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 trimitător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite prin norme și serviciile de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

3.3.1.3.3. Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua și a treia consultație în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

3.4.1.3.4. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital se acordă maximum două consultații pentru:

- urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării;
- efectuarea unor manevre terapeutice;
- după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

3.4.1.1.3.4.1. 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.

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

3.5.1.3.5. Pentru asigurații care au bilet de trimitere de la medicul de familie, în cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și BPOC și al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate efectuează în cabinet proceduri/recomandă, după caz, investigații paraclinice suplimentare față de cele recomandate de medicul de familie.

3.6.1.3.6. Condițiile acordării consultațiilor prevăzute la pct. 1.3 se stabilesc prin norme.

4.1.4. Depistarea de boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. **1.186/2000**.

4.1.1.4.1. Se acordă o singură consultație per persoană asigurată pentru fiecare boală cu potențial endemoepidemic suspionată și confirmată.

5.1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

5.1.1.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la lit. a) sau serviciile prevăzute la lit. a) și b) și se acordă două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

5.2.1.5.2. Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

5.3.1.5.3. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

6.1.6. Servicii diagnostice și terapeutice

6.1.1.6.1. Interpretarea ecografiei generale - abdomen și pelvis - și a EKG-ului standard. Aceste servicii pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății, în condițiile stabilite prin norme; în vederea acordării nu este necesar bilet de trimitere.

6.2.1.6.2. Procedurile diagnostice și terapeutice care se realizează în ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate în tabelul de mai jos. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente/terapii
A. Proceduri diagnostice simple	
1	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia
2	biometrie
3	explorarea câmpului vizual (perimetrie computerizată)
4	recoltare pentru test Babeș-Papanicolau
5	EKG standard
6	peak-flowmetrie
7	spirometrie
8	pulsoximetrie
9	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ)
10	teste de provocare nazală, oculară, bronșică
11	teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste)
12	test la ser autolog
13	testare cutanată la anestezice locale
14	testare cutanată alergologică patch (alergia de contact)
15	examinare cu lampa Wood
16	determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț
17	măsurarea forței musculare cu dinamometrul
18	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilității calorice și testul sensibilității discriminatorii)
19	teste clinice (eds, scor miastenic, updrs, mms, raisberg)
B. Proceduri diagnostice de complexitate medie	
1	determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmometrie
2	tonometrie; pahimetrie corneeană
3	explorarea funcției binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie
4	foniatrie
5	audiogramă
6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)
7	dermatoscopie
8	electrocardiografie continuă (24 de ore, holter)
9	holter TA
10	EKG de efort la persoanele fără risc cardiovascular înalt
11	EEG standard
12	spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor

13	osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete
C. Proceduri diagnostice complexe	
1	examen electroneuromiografic
2	determinarea potențialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)
3	examen electroencefalografic cu probe de stimulare și/sau mapping
4	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic și duplex)
5	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale și tehnici derivate
6	endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden) cu sau fără biopsie, după caz
7	endoscopie digestivă inferioară (rect, sigmoid, colon) cu sau fără biopsie, după caz
8	colposcopia
9	monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice
D. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple	
1	extracție de corpi străini - conjunctivă, cornee, scleră, segment anterior
2	incizia glandei lacrimale și a sacului lacrimal
3	tratamentul chirurgical al pingueculi
4	tratamentul chirurgical al pterigionului
5	sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;
6	injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente
7	criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală
8	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului
9	tamponament posterior și/sau anterior ORL
10	extracție corpi străini: conduct auditiv extern, nas, faringe;
11	aspirația și lavajul sinusului nazal prin puncție
12	tratament chirurgical al traumatismelor ORL
13	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie
14	terapia chirurgicală a afecțiunilor mamare superficiale
15	insertia dispozitivului intrauterin
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate
17	crioterapia în leziuni cutanate
18	tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscențe plăgi (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)
19	terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%
20	terapia chirurgicală a degerăturilor de grad I și II
21	terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenți chimici < 10%
22	terapia chirurgicală a panarițului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)
23	terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate
24	terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei
25	terapia chirurgicală a abcesului (de părți moi, perianal, pilonidal)
26	terapia chirurgicală a panarițului osos, articular, tenosinoyal
27	terapia chirurgicală a hidrosadenitei
28	terapia chirurgicală a edemului dur și seromului posttraumatic
29	terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos
30	terapia chirurgicală a granulomului ombilical
31	terapia chirurgicală a supurațiilor postoperatorii
32	tratamentul plăgilor
33	terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)
E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe	
1	tratamentul chirurgical al unor afecțiuni ale anexelor globului ocular (șalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasma)
2	tratament cu laser al polului anterior, polului posterior
3	tratament chirurgical ORL colecție: sept, flegmon periamigdalian, furuncul căi aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom
4	extragere fibroscopice de corpi străini din căile respiratorii superioare
5	manevre de mică chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulvă, vagin, col

6	cauterizare de col uterin
7	diatermocoagularea colului uterin
8	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune
9	terapia chirurgicală a panarițiului osos, articular, tenosinival
10	terapia chirurgicală a flegmoanelor
11	terapia chirurgicală a hematomului
12	dilatația stricturii uretrale
13	criocoagularea (crioaplicația) transsclerală
F. Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple	
1	aerosoli/ședință (maximum 3 ședințe)
2	toaleta auriculară unilateral (două proceduri)
3	administrare tratament prin injectarea părților moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)
G. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie	
1	fotochimioterapie (UVA) cu oxoralen locală sau generală/ședință (maximum 4 ședințe)
2	fotochimioterapie (UVB cu spectru îngust)/ședință (maximum 4 ședințe)
3	mezoterapia - injectare terapeutică paravertebrală și peri articulare
4	probe de re poziționare vestibulară
5	imunoterapie specifică cu vaccinuri alergice standardizate
6	administrare tratament prin puncție intravenoasă
7	infiltrații nervoase regionale
8	instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlată de pacient
H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe	
1	puncții și infiltrații intraarticulare
2	instilația uterotubară terapeutică
3	blocaje chimice pentru spasticitate (toxină botulinică)
I. Tratamente ortopedice medicale	
1	tratamentul ortopedic al luxației, entorsei sau fracturii antebrațului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpene, tarsiene, metatarsiene, falange
2	tratamentul ortopedic al entorsei sau luxației pateleii, umărului; disjunctie acromioclaviculară; tratamentul fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară
3	tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxației, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare
4	tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni de viață
5	tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viață
6	tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg
J. Terapii psihiatrice	
1	consiliere psihiatrică nespecifică individuală și familială
2	psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții)
3	psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții, tulburări din spectrul autist)
4	terapia cognitiv-comportamentală

7.1.7. Serviciile de sănătate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie și psihopedagogie specială - logopezi și kinetoterapeuți și pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate, cu următoarele specialități clinice:

- neurologie și neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie și psihiatrie pediatrică;
- reumatologie;
- ortopedie și traumatologie și ortopedie și traumatologie pediatrică;
- oncologie medicală;

- diabet zaharat, nutriție și boli metabolice;
- hematologie;
- nefrologie.

7.1.1.7.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

a)Neurologie și neurologie pediatrică:

a1)serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:

a1.1)evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic;

a1.2)consiliere psihologică clinică pentru copii/adulți;

a2)serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;

a3)servicii conexe furnizate de kinetoterapeut:

a3.1)kinetoterapie individuală;

a3.2)kinetoterapie de grup;

a3.3)kinetoterapie pe aparate speciale:

- dispozitive mecanice;
- dispozitive electromecanice;
- dispozitive robotizate.

b)Otorinolaringologie:

b1)serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:

b1.1)investigarea psihoacustică a vocii;

b1.2)psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene;

b2)serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:

b2.2)consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped;

b2.3)exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință).

c)Psihiatrie și psihiatrie pediatrică:

c1)serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:

c1.1.)evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic;

c1.2.)consiliere psihologică clinică pentru copii/adulți;

c1.3.)consiliere psihologică clinică pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist;

c1.4.)psihoterapia copilului și familiei - pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist;

c2)serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:

- consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped.

d)Reumatologie:

- servicii furnizate de kinetoterapeut:

d1)kinetoterapie individuală;

d2)kinetoterapie de grup;

d3)kinetoterapie pe aparate speciale;

- dispozitive mecanice;
- dispozitive electromecanice;
- dispozitive robotizate.

e)Ortopedie și traumatologie și ortopedie și traumatologie pediatrică:

- servicii furnizate de kinetoterapeut:

e1)kinetoterapie individuală;

- e2) kinetoterapie de grup;
- e3) kinetoterapie pe aparate speciale:
 - dispozitive mecanice;
 - dispozitive electromecanice;
 - dispozitive robotizate.

f) Oncologie medicală:

- serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice.

g) Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice:

- serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu diagnostic confirmat de diabet zaharat.

h) Hematologie:

- serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice.

i) Nefrologie:

- serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu insuficiență renală cronică - dializă.

7.2.1.7.2. Serviciile de kinetoterapie se acordă conform unui plan recomandat de medicul de reabilitare medicală prin scrisoare medicală.

7.3.1.7.3. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

(2) Lista specialităților clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate este prevăzută în norme.

SECȚIUNEA 3: C. Pachetul de servicii medicale de bază acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală

(1) Servicii medicale - consultații, serii de proceduri - în specialitatea clinică de reabilitare medicală

1.1.1. Consultația medicală de specialitate inițială 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, prescrierea tratamentului medical igienodietetic și fizical și de reabilitare medicală, 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.

2.1.2. Consultația de reevaluare se acordă înainte de începerea unei serii de proceduri specifice de reabilitare medicală, în timpul seriei de proceduri sau la finalul fiecărei serii de proceduri, la un interval ce nu poate să depășească 10 zile calendaristice de la momentul finalizării acesteia.

3.1.3. Procedurile specifice de reabilitare medicală care se pot acorda în cadrul unei serii de proceduri sunt:

PROCEDURI SPECIFICE DE REABILITARE MEDICALĂ
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. Laserterapie
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. Limfmasaj
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 cu dispozitive mecanice, electromecanice și robotizate
39. Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodice, alcaline)
40. Băi de plante
41. Băi de dioxid de carbon și bule
42. Băi de nămol
43. Mofete naturale
44. Mofete artificiale
45. Împachetare generală cu nămol
46. Împachetare parțială cu nămol
47. Aplicație de unde de șoc extracorporale
48. Aplicație de oscilații profunde
49. Speleoterapia/Salinoterapia

3.1.1.3.1. Perioada pentru care se acordă procedurile specifice de reabilitare medicală este de maximum 21 de zile/an/asigurat atât la copii, cât și la adulți, cu excepția copiilor cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale specifice de reabilitare medicală pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracționate în maximum două fracțiuni, în funcție de afecțiunea de bază, la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală.

3.2.1.3.2. În cazul unor perioade de tratament fracționate la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală, pentru fiecare perioadă de tratament se vor acorda o consultație inițială și o consultație de reevaluare, dar nu mai mult de două consultații inițiale și două consultații de reevaluare pe an/asigurat.

3.3.1.3.3. Seria de proceduri specifice de reabilitare medicală stabilită de medicul de specialitate, reabilitare medicală include maximum 4 proceduri/zi. Pentru o serie de proceduri specifice de reabilitare medicală ce se desfășoară în bazele de tratament din stațiunile balneoclimatice se decontează în medie 4 proceduri/zi, din care două proceduri specifice de reabilitare medicală cu factori terapeutici naturali.

4.1.4. Pentru situațiile în care unui asigurat nu i se recomandă o serie de proceduri specifice de reabilitare medicală, asiguratul beneficiază de 3 consultații/trimestru pentru aceeași afecțiune.

5.1.5. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - nominalizate în Hotărârea Guvernului nr. **720/2008**, cu modificările și completările ulterioare, pentru care tratamentul se poate prescrie și monitoriza de către medicul în specialitatea reabilitare medicală din unitățile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătății, pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, se acordă o consultație și prescripția/prescripțiile medicală/medicale aferentă/aferente, trimestrial sau lunar, cu condiția ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic de specialitate pentru aceeași perioadă.

6.1.6. Consultațiile de specialitate reabilitare medicală se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, cu excepția consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în norme, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

7.1.7. Lista specialităților clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală este prevăzută în norme.

8.1.8. Lista afecțiunilor care pot fi tratate în ambulatoriu în specialitatea clinică de reabilitare medicală este:

Nr. crt.	Afecțiuni
1.	Atrofii sistemice afectând în special sistemul nervos central
2.	Tulburări extrapiramidale și ale motricității
3.	Boli demielinizante ale sistemului nervos central
4.	Afecțiunile nervilor, rădăcinilor și plexurilor nervoase
5.	Polineuropatii și alte afecțiuni ale sistemului nervos periferic
6.	Afecțiuni ale joncțiunilor mioneurale și musculare
7.	Paralizia cerebrală și alte sindroame paralitice
8.	Status post infarct miocardic acut
9.	Status post accident vascular cerebral
10.	Insuficiența cardiacă clasa NYHA I și II
11.	Boală pulmonară obstructivă cronică clasa I și II

12.	Poliartropatii inflamatorii
13.	Artroze
14.	Dorsopatii
15.	Afecțiuni ale țesuturilor moi
16.	Status post leziuni traumatice
17.	Status post intervenții chirurgicale majore cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice

9.1.9. Condițiile acordării serviciilor de reabilitare medicală se stabilesc în norme.

(2) Servicii de acupunctură - consultații, cură de tratament

2.1. Consultația de acupunctură: se acordă o singură consultație pentru fiecare cură de tratament.

2.2. Cura de tratament: se acordă maximum două cure/an calendaristic pe asigurat. O cură de tratament reprezintă în medie 10 zile de tratament.

2.3. Consultațiile de acupunctură se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriul clinic.

2.4. Condițiile acordării serviciilor de acupunctură se stabilesc în norme.

SECȚIUNEA 4: D. Pachetul de servicii medicale de bază pentru medicina dentară

Cod	Acte terapeutice
1. *)	Consultație - include modelul de studiu, controlul oncologic și igienizarea. *) Se acordă o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat.
2.	Tratamentul cariei simple
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie prin infiltrație
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic
5.	Tratamentul gangrenei pulpare
6.	Tratamentul paradontitelor apicale (prin incizie) cu anestezie prin infiltrație
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie prin infiltrație
8.	Extractia dinților temporari cu anestezie prin infiltrație
9.	Extractia dinților permanenți cu anestezie prin infiltrație
10.**)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei **) În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dinte respectiv, nu este decontat de casa de asigurări de sănătate.
11.	Decapuşonarea la copii
12.	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulare
13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă ***) Se acordă o dată la 10 ani.
14.****)	Reparație/Rebazare proteză ****) Se acordă o dată pe an.
15.	Element acrilic copii până la 18 ani
16.	Element metalo-acrilic copii până la 18 ani
17.	Reconstituire coroană radiculară copii până la 18 ani
18.*****)	Deconținerea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiță și capelină
19.	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință
20.*****)	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale
21.	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte
22.*****)	Reparație aparat ortodontic
23.	Menținătoare de spațiu mobile *****) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonție și ortopedie dento-facială.
24.*****)	Sigilare/dinte *****) O procedură decontată la 2 ani.

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. 18, 20 și 22.
2. Serviciile de medicină dentară de urgență sunt prevăzute la pct. 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 și 22.
3. Dentiștii acordă numai serviciile prevăzute la pct. 1, 2, 4 și 24.
4. Condițiile acordării serviciilor de medicină dentară se stabilesc în norme.
5. Formula dentară este prevăzută în norme.

SECȚIUNEA 5: E. Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

1. Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator
Hematologie		
1	2.6001	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari
2	2.6002	Numărătoare reticulocite
3	2.6003	Examen citologic al frotiului sanguin
4	2.6040	VSH
5	2.60501	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO
6	2.60502	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh
7	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă
8	2.6101	Timp Quick și INR (International Normalised Ratio)
9	2.6102	APTT
10	2.6103	Fibrinogenemie
Biochimie - serică și urinară		
11	2.1002	Proteine totale serice
12	2.1003	Electroforeza proteinelor serice
13	2.10062	Transferină
14	2.10063	Feritină serică
15	2.1011	Uree serică
16	2.1012	Acid uric seric
17	2.1014	Creatinină serică
18	2.1015	Bilirubină totală
19	2.1016	Bilirubină directă
20	2.1020	Glicemie
21	2.10303	Colesterol seric total
22	2.10304	HDL colesterol
23	2.10305	LDL colesterol
24	2.10306	Trigliceride serice
25	2.10402	TGP
26	2.10403	TGO
27	2.10404	Creatinkinaza CK
28	2.10406	Gama GT
29	2.10409	Fosfatază alcalină
30	2.10500	Sodiu seric
31	2.10501	Potasiu seric
32	2.10503	Calciu seric total
33	2.10504	Calciu ionic seric
34	2.10505	Magneziemie
35	2.10506	Sideremie

36	2.10507	Fosfor (fosfat seric)
37	2.1066	Bicarbonat seric (EAB)
38	2.2600	Examen complet de urină (sumar + sediment)
39	2.2604	Dozare proteine urinare
40	2.2612	Microalbuminuria (albumină urinară)
41	2.2622	Dozare glucoză urinară
42	2.2623	Creatinină urinară
Imunologie		
43	2.2500	TSH
44	2.2502	FT4
45	2.2507	Parathormonul seric (PTH)
46	2.2509	Hormonul foliculostimulant FSH
47	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)
48	2.2514	Cortizol
49	2.2521	Testosteron
50	2.2522	Estradiol
51	2.2523	Progesteron
52	2.2525	Prolactină
53	2.327091	Anti-HAV IgM
54	2.327092	Ag HBs (screening)
55	2.327093	Anti HCV
56	2.32710	Testare HIV la gravidă
57	2.40000	ASLO
58	2.40010	VDRL sau RPR
59	2.40013	Confirmare TPHA
60	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori
61	2430011	Complement seric C3
62	2430012	Complement seric C4
63	2.43010	IgG seric
64	2.43011	IgA seric
65	2.43012	IgM seric
66	2.43014	IgE seric
67	2.40053	Proteina C reactivă
68	2.43040	Factor reumatoid
69	2.43044	ATPO
70	2.43135	PSA
71	2.43136	free PSA
Microbiologie		
Exsudat faringian		
72	2.3025	Examen bacteriologic exsudat faringian - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană
73	2.50102	Examen fungic exsudat faringian - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
Examen urină		
74	2.3100	Urocultură - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană
75	2.50116	Examen fungic urină - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
Examene materii fecale		
76	2.3062	Coprocultură - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană
77	2.50120	Examen micologic materii fecale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
78	2.5100	Examen coproparazitologic (3 probe)
79	2.2701	Depistare hemoragii oculte
Examene din secreții vaginale		
80	2.3074	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană

81	2.50114	Examen din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
Examen din secreții uretrale		
82	2.3080	Examen din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană
83	2.50115	Examen din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
Examen din secreții otice		
84	2.3050	Examen bacteriologic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană
85	2.50119	Examen fungic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
Examen din secreții nazale		
86	2.3022	Examen bacteriologic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană
87	2.50103	Examen fungic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
Examen din secreții conjunctivale		
88	2.3040	Examen bacteriologic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană
89	2.50110	Examen fungic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
Examen din colecție purulentă		
90	2.5032	Examen bacteriologic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană
91	2.50120	Examen fungic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
Testarea sensibilității la substanțe antimicrobiene și antifungice		
92	2.313	Antibiogramă
93	2.502	Antifungigramă
Examinări histopatologice și citologice		
94	2.9000	Piesă prelucrată la parafină
95	2.9021	Bloc inclus la parafină cu histopatologic
96	2.9020	Diagnostic histopatologic pe lamă
97	2.9010	Examen histopatologic cu colorații speciale
98	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină
99	2.9023	Citodiagnostic secreție vaginală
100	2.9024	Examen citohormonal
101	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncție
102	2.9030	Teste imunohistochimice
103	2.9160	Examen Babeș-Papanicolau

Condițiile acordării investigațiilor paraclinice - analize de laborator se stabilesc prin norme.

2.Lista investigațiilor paraclinice - radiologie, imagistică, medicină nucleară și explorări funcționale

Nr. crt.	Denumire examinare radiologică/imagistică medicală/explorare funcțională
I. Radiologie - Imagistică medicală	
A. Investigații convenționale	
1. Investigații cu radiații ionizante	
1	Examen radiologic cranian standard
2	Examen radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței
3	Examen radiologic părți schelet în 2 planuri
4	Radiografie de membre
5	Examen radiologic centură scapulară

6	Examen radiologic părți coloană dorsală
7	Examen radiologic părți coloană lombară
8	Examen radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală
9	Examen radiologic coloana cervicală 1 incidență
10	Examen radiologic torace ansamblu
11	Examen radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Examen radiologic torace și organe toracice
12	Examen radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ
13	Examen radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast
14	Examen radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanță de contrast
15	Examen radiologic colon dublu contrast
16	Examen radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare
17	Examen radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast
18	Cistografie de reflux cu substanță de contrast
19	Pielografie
20	Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast
21	Examen radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast
22	Examen radiologic uter și oviduct cu substanță de contrast
23	Radiografie retroalveolară
24	Radiografie panoramică
25	Mamografie în două planuri/pentru un sân
26	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanță de contrast
27	Osteodensitometrie segmentară (DXA)
2. Investigații neiradiante	
28	Ecografie generală (abdomen + pelvis)
29	Ecografie abdomen
30	Ecografie pelvis
31	Ecografie transvaginală
32	Ecografie de vase (vene)
33	Ecografie de vase (artere)
34	Ecografie ganglionară
35	Ecografie transfontanelară
36	Ecografie de organ/articulație/părți moi
37	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II
38	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN
39	Senologie imagistică - ecografie
40	Ecocardiografie
41	Ecocardiografie + Doppler
42	Ecocardiografie + Doppler color
43	Ecocardiografie transesofagiană
B. Investigații de înaltă performanță	
44	CT craniu nativ
45	CT regiune gât nativ
46	CT regiune toracică nativ
47	CT abdomen nativ
48	CT pelvis nativ
49	CT coloană vertebrală nativ/segment
50	CT membre nativ/membru
51	CT craniu nativ și cu substanță de contrast
52	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast
53	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast
54	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos
55	CT pelvis nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos
56	CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos/segment
57	CT membre nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos/membru

58	CT ureche internă
59	Uro CT
60	Angiografie CT membre
61	Angiografie CT craniu
62	Angiografie CT regiune cervicală
63	Angiografie CT torace
64	Angiografie CT abdomen
65	Angiografie CT pelvis
66	Angiografii CT
67	RMN cranio-cerebral nativ
68	RMN torace nativ
69	RMN regiune cervicală nativ
70	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ
71	RMN abdominal nativ
72	RMN pelvin nativ
73	RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)
74	RMN umăr nativ
75	RMN umăr nativ și cu substanță de contrast
76	RMN torace nativ și cu substanță de contrast
77	RMN regiune cervicală nativ și cu substanță de contrast
78	RMN cranio-cerebral nativ și cu substanță de contrast
79	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ și cu substanță de contrast
80	RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast
81	RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast
82	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu substanță de contrast
83	RMN cord nativ
84	RMN cord cu substanță de contrast
85	Uro RMN cu substanță de contrast
86	Angiografia RMN trunchiuri supraoortice
87	Angiografia RMN artere renale sau aorta
88	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.)
89	Angiografia carotidiană cu substanță de contrast
II. Explorări funcționale	
90	EKG
91	Holter TA
92	Spirometrie
93	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
94	Peak-flowmetrie
95	Electroencefalografia (EEG)
96	Electromiografie (EMG)
97	Testul de efort pentru evaluarea funcției respiratorii
98	Spirometrie de efort
99	Bronhosprometrie
100	Teste de provocare inhalatorii
101	Înregistrare ECG continuă ambulatorie, holter
III. Medicină nucleară	
102	Scintigrafia renală
103	Scintigrafia cerebrală (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrală -30/90 min de la inj.)
104	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică la efort (scintigrafie spect perfuzie miocardică efort)
105	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică în repaus (scintigrafie spect perfuzie miocardică repaus)
106	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonară/scintigrafie perfuzie pulmonară
107	Scintigrafia osoasă localizată
108	Scintigrafia osoasă completă
109	Scintigrafia hepatobiliară

110	Scintigrafia tiroidiană
111	Scintigrafia paratiroidiană

Condițiile/Criteriile acordării investigațiilor paraclinice-radiologie, imagistică, medicină nucleară și explorări funcționale se stabilesc prin norme.

SECȚIUNEA 6: F. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

1. Serviciile spitalicești sunt de tip preventiv, curativ, de recuperare, de reabilitare medicală, paliative și cuprind: consultații medicale de specialitate, investigații, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, medicație, monitorizare și supraveghere, cazare și masă.

2. În funcție de durata de spitalizare, asistența medicală spitalicească se acordă în regim de:

a) spitalizare continuă;

b) spitalizare de zi.

3. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

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;

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;

e) afecțiuni pentru care diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.

4. Factorii de care trebuie să se țină cont cumulativ în luarea deciziei de internare în regim de spitalizare continuă sunt:

a) severitatea semnelor și simptomelor prezentate de pacient;

b) predictibilitatea medicală a unei evoluții negative, nedorite a pacientului;

c) nevoia pentru și disponibilitatea analizelor/investigațiilor diagnostice;

d) epuizarea resurselor diagnostice și terapeutice în celelalte domenii de asistență medicală.

5. Pacienții care prezintă un bilet de internare pentru spitalizare continuă vor putea fi programați pentru internare, în funcție de afecțiune și de gravitatea semnelor și simptomelor prezentate și de disponibilitatea serviciilor unității spitalicești solicitate.

6. Prevenirea spitalizărilor continue considerate evitabile se va realiza prin diagnosticare precoce, abordare, tratament și monitorizare, respectiv supraveghere corespunzătoare, în ambulatoriu și în spitalizarea de zi, după caz.

7. Lista diagnosticelor principale considerate spitalizări continue evitabile și criteriile specifice aferente diminuării/eliminării acestora din spitalizarea continuă se detaliază în norme.

8.Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

a)urgențe medico-chirurgicale ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în norme;

b)diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu.

9.Serviciile necesare pentru diagnosticarea, tratarea sau monitorizarea pacientului care se efectuează în regim de spitalizare de zi pot avea caracter plurispecializat și/sau multidisciplinar, pot fi invazive, pot fi urmate de reacții adverse sau risc de urgență pe timpul efectuării lor sau corelate cu starea de sănătate a pacientului, impunând supraveghere medicală care nu poate fi efectuată în ambulatoriu.

10.Afecțiunile care pot fi diagnosticate și tratate în regim de spitalizare de zi:

- afecțiunile și procedurile prevăzute în norme;

- afecțiuni pentru care se acordă servicii de chimioterapie, radioterapie, brahiterapie, litotritie, implant de cristalin, întrerupere de sarcină cu recomandare medicală, amniocenteză, biopsie de vilozități coriale, administrarea tratamentului pentru profilaxia rabiei;

- instalarea de gastrostome sau jejunostome percutane pentru administrarea nutriției enterale;

- proceduri specifice de terapia durerii, conform normelor;

- instalarea de catetere intravenoase pentru utilizare îndelungată, tunelizate și/sau cu cameră implantabilă pentru diverse metode terapeutice, conform normelor;

- afecțiuni care necesită administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

- HIV/SIDA care necesită monitorizarea bolnavilor.

11.Serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă și de zi se acordă pe baza biletului de internare eliberat de:

- medicul de familie;

- medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare;

- medicii din unitățile de asistență medico-socială;

- medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

- medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică;

- medicii de medicina muncii.

12.Nu se solicită bilet de internare în următoarele situații:

- naștere;

- urgențe medico-chirurgicale;

- boli cu potențial endemoepidemic, care necesită izolare și tratament;

- 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;

- cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire;
- transferul interspitalicesc;
- spitalizare de zi, dacă se acordă servicii de: chimioterapie, radioterapie și administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și monitorizarea bolnavilor cu HIV/SIDA, administrarea tratamentului pentru profilaxia rabiei, monitorizarea bolnavilor cu talasemie;
- pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, precum și de servicii medicale spitalicești 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.

SECȚIUNEA 7: G. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. **2.021/691/2008**, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, al centrului de permanență sau prin sistemul de consultații de urgență la domiciliu, sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgență sau a celor integrate.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale, pentru eliberarea certificatului constatator al decesului, în condițiile prevăzute de lege;

2.2. transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;

2.3. transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au domiciliul persoanele dializate și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu;

2.4.bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări cașectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienții cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienții oxigenodependenți, cu malformații arterio-venoase - rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale - aneurisme, malformații arterio-venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ.

2.5.transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei;

2.6.transportul la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unitățile sanitare de reabilitare medicală și recuperare, cu avizul prealabil al unității de recuperare - reabilitare confirmat la internare pe fișa de transport, a copiilor nedepasabili cu vârsta între 0-18 ani cu tetrapareze sau insuficiență motorie a trenului inferior;

2.7.transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialitățile clinice și de la cabinet la domiciliu, pentru asigurații imobilizați la pat, pentru consultație în vederea evaluării, monitorizării și prescrierii tratamentului în cazul afecțiunilor cronice pentru care medicația poate fi prescrisă numai de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

SECȚIUNEA 8: H. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ȘI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijire paliativă la domiciliu
1.	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun*****)
	*****) Recomandarea serviciului se face de către medici pentru toți parametri prevăzuți, respectiv temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun.
2.	Administrarea medicamentelor:
	2.1. intramuscular*)
	2.2. subcutanat*)
	2.3. intradermic*)
	2.4. oral
	2.5. pe mucoase
	*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.
3	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*) *****)
	*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană. *****) Se efectuează sub supravegherea medicului care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
4.	Sondaj vezical și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală*****)
	*****) La bărbați se efectuează de către medicul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri medicale paliative.
5.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului*) *****)
	*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană. *****) Se efectuează sub supravegherea medicului care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
6.	Recoltarea produselor biologice

7.	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică și educarea asiguratului/apartinătorilor
8.	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție
9.	Clismă cu scop evacuator
10.	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
11.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor
12.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: posturi de drenaj bronșic, tapotaj, fizioterapie respiratorie
13.	Îngrijirea plăgilor/determinate de arsuri/simple/suprimarea firelor
14.	Îngrijirea plăgilor suprainfectate
15.	Îngrijirea escarelor multiple
16.	Îngrijirea stomelor
17.	Îngrijirea fistulelor
18.	Îngrijirea tubului de dren/sondei urinare
19.	Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului
20.	Monitorizarea dializei peritoneale
21.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar
22.	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbția urinei**) <p>**) Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minimum două mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi.</p>
23.	Evaluarea asiguratului: stabilirea și aplicarea unui plan de îngrijiri în controlul durerii și altor simptome asociate bolii și reevaluarea periodică
24.	Evaluarea mobilității, a capacității de autoîngrijire, a riscului de apariție a escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriționale, implementarea intervențiilor stabilite în planul de îngrijiri și reevaluarea periodică - de către asistentul medical
25.	Masaj limfedem și contenție elastică
26.	Masaj limfedem cu pompa de compresie
27.	Montare TENS
28.	Supravegherea și îngrijirea administrării prin dispozitiv a analgeziei controlate de pacient
29.	Administrare medicație prin nebulizare
30.	Aspirație gastrică
31.	Aspirație căi respiratorii
32.	Paracenteză
33.	Ventilație noninvazivă *****) <p>*****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog sau a medicului cu specialitatea anestezie și terapie intensivă care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.</p>
34.	Alimentație parenterală - alimentație artificială pe cateter venos central sau periferic*****) <p>*****) Se efectuează sub supravegherea medicului cu specialitatea anestezie și terapie intensivă care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu. Serviciul nu include alimentele specifice.</p>

Condițiile acordării îngrijirilor medicale la domiciliu/îngrijirilor paliative la domiciliu se stabilesc în norme.

SECȚIUNEA 9: I. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ DE REABILITARE MEDICALĂ ÎN SANATORII BALNEARE ȘI RECUPERARE MEDICALĂ ÎN ALTE SANATORII ȘI PREVENTORII

1. Serviciile de rehabilitare medicală și recuperare sunt servicii acordate în regim de spitalizare în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform Legii nr. **31/1990**, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

1.1. Servicii medicale de rehabilitare medicală acordate în sanatorii balneare

Tipul de asistență balneară	Durata maximă*)
Servicii de reabilitare medicală	14-21 zile/an/asigurat acordate într-un singur episod care cuprinde minimum 4 proceduri/zi

*) Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare de 21 de zile se suportă în întregime de către asigurați. Serviciile medicale se acordă și pentru durate mai mici de 14 zile. Condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

1.1.1.Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de reabilitare medicală în sanatorii balneare, eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de reabilitare medicală vor fi prevăzute în norme.

1.1.2.Serviciile se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de reabilitare medicală, cu încadrarea în prevederile mai sus menționate.

1.2.Servicii medicale de recuperare acordate în sanatorii, altele decât balneare și preventorii

1.2.1.Serviciile medicale de recuperare acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care își desfășoară activitatea în aceste unități.

1.2.2.Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

SECȚIUNEA 10: J. PACHETUL DE BAZĂ PENTRU MEDICAMENTE CU ȘI FĂRĂ CONTRIBUȚIE PERSONALĂ ÎN TRATAMENTUL AMBULATORIU

Medicamentele de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală sunt prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare, prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. **720/2008**, cu modificările și completările ulterioare.

SECȚIUNEA 11: K. PACHETUL DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVELE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU

1.Dispozitive de protezare în domeniul ORL

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Proteză auditivă		5 ani
2	Proteză fonatorie	a) vibrator laringian	5 ani
		b) buton fonator (shunt-ventile)	2/an
3	Proteză traheală	a) canulă traheală simplă	4/an
		b) canulă traheală Montgomery	2/an

1.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda două proteze auditive dacă medicii de specialitate recomandă protezare bilaterală.

1.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

2. Dispozitivele pentru protezare stomii

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	un set*)/lună (30 de bucăți)
		b) sac colector pentru urostomie	un set*)/lună (15 bucăți)
2	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ileostomie (flanșă-suport și sac colector)	un set**)/lună
		b) pentru urostomie (flanșă-suport și sac colector)	un set**)/lună

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

**) Un set de referință este alcătuit din 4 flanșe-suport și 15 saci colectori. În situații speciale, la recomandarea medicului de specialitate, componența setului de referință poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set de referință.

2.1. Se va prescrie doar unul dintre sistemele A sau B, pentru fiecare tip.

2.2. Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate, se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.

2.3. Pentru asigurații cu colostomie/ileostomie dublă, la recomandarea medicilor de specialitate, se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

3. Dispozitivele pentru incontinență urinară

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		un set*)/lună (30 de bucăți)
2	Sac colector de urină		un set*)/lună (6 bucăți)
3	Sonda Foley		un set*)/lună (4 bucăți)
4	Cateter urinar**)		un set*)/lună (120 de bucăți)
5	Bandă pentru incontinență urinară		

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

***) Se recomandă numai pentru retenție urinară, pentru vezică neurogenă și obstrucție canal uretral, la recomandarea medicului de specialitate neurologie, urologie, reabilitare medicală și oncologie.

4. Protezele pentru membrul inferior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC b) CHOPART c) PIROGOFF	2 ani 2 ani 2 ani
2	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	2 ani
3	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total b) geriatrică c) modulară	2 ani 2 ani 4 ani
4	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	Modulară	4 ani
5	Proteză de coapsă	a) combinată b) din plastic c) cu vacuum d) geriatrică e) modulară f) modulară cu vacuum	2 ani 2 ani 2 ani 2 ani 4 ani 4 ani
6	Proteză de șold	a) convențională b) modulară	2 ani 4 ani
7	Proteză parțială de bazin hemipelvectomie	a) convențională b) modulară	2 ani 4 ani

4.1. Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat și de proteză provizorie.

4.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

4.3. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

5. Protezele pentru membrul superior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă b) funcțională	2 ani 2 ani
2	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă b) funcțională acționată pasiv c) funcțională acționată prin cablu d) funcțională acționată mioelectric	2 ani 2 ani 2 ani 8 ani
3	Proteză de antebraț	a) funcțională simplă b) funcțională acționată pasiv c) funcțională acționată prin cablu	2 ani 2 ani 2 ani

		d) funcțională acționată mioelectric cu propinacție pasivă	8 ani
		e) funcțională acționată mioelectric cu propinacție activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
5	Proteză de braț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de dezarticulație de umăr	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
7	Proteză pentru amputație inter-scapulo-toracică	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani

5.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

5.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

6. Orteze

6.1. Pentru coloana vertebrală

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni
		b) Philadelphia/Minerva	12 luni
		c) Schanz	12 luni
2	Orteze cervicotoracice		12 luni
3	Orteze toracice		12 luni
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni
		a) corset Cheneau	12 luni
		b) corset Boston	12 luni
		c) corset Euroboston	12 luni
		d) corset Hessing	12 luni
		e) corset de hiperextensie	12 luni
		f) corset Lyonnais	12 luni
		g) corset de hiperextensie în 3 puncte pentru scolioză	12 luni
5	Orteze lombosacrale		12 luni
		lombostat	12 luni
6	Orteze sacro-iliace		12 luni
7	Orteze cervicotoraco-	a) corset Stagnara	2 ani

	lombosacrale	b) corset Milwaukee	12 luni
--	--------------	---------------------	---------

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2. Pentru membrul superior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de deget		12 luni
2	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/fixarea degetului mare	12 luni
		b) dinamică	12 luni
3	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni
4	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni
6	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni
7	Orteze de umăr		12 luni
8	Orteze de umăr - cot		12 luni
9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni

6.2.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

6.3. Pentru membrul inferior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de picior		12 luni
2	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni
3	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni
		b) mobilă	12 luni
		c) balant	2 ani
4	Orteze de genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) gambier cu scurtare	2 ani
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5	Orteze de șold		12 luni
6	Orteze șold - genunchi		12 luni
7	Orteze de șold - genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani
8	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducție	*
		c) Dr. Fettwies	*

		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statică a piciorului	a) susținători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susținători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni
		d) Hallux-Valgus	12 luni

6.3.1. Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) și c) se prescriu numai perechi.

6.3.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.3. Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii (*) se pot acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.4. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), cu excepția celor prevăzute la pct. 6.3.1.; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

7. Încălțăminte ortopedică

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
2	Pantofi	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari	6 luni

		de 23,5	
--	--	---------	--

7.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă pereche de încălțăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

7.2. Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

7.3. Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

8. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Lentile intraoculare*)	a) pentru camera anterioară b) pentru camera posterioară	

*) Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puțin 6 luni.

9. Echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical*)	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen	concentrator de oxigen	
2	Aparat de ventilație noninvazivă	aparat de ventilație	

*) Aparatele se acordă numai prin închiriere, în condițiile prevăzute în norme.

10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli salini

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Inhalator salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen*)		două luni

*) Se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani; dispozitivul include și sistemul de eliberare automată.

11. Dispozitive de mers

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Baston		3 ani
2	Baston	cu 3/4 picioare	3 ani
3	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	un an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraț metalică	3 ani
4	Cadru de mers		3 ani
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	

	a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani
	b) triciclu pentru copii	3 ani
	perioadă determinată	
	a) cu antrenare manuală	
	b) triciclu pentru copii	

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 și 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

12. Proteză externă de sân

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Proteză externă de sân și accesorii (sutien)		3 ani

Se acordă din anul 2015 pentru femeii care au suferit intervenții chirurgicale - mastectomie totală; se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), după caz; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

13. Dispozitive pentru administrarea medicației și alimentației artificiale

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical*)	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Dispozitiv pentru administrarea nutriției enterale	pompă de nutriție	
2	Dispozitiv pentru administrare a analgeziei controlate de pacient	pompă de administrare a analgeziei controlate de pacient	

*) Aparatele se acordă în condițiile prevăzute în norme.

CAPITOLUL III: Pachetul de servicii pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

SECȚIUNEA 1: A. ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale

de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. I lit. A pct. 1, subpct. 1.1 și 1.2 și la cap. II lit. A, pct. 1.1, subpct. 1.1.2.

2.Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului European și al Consiliului beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. II lit. A.

3.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 pct. 1 subpct. 1.1 și 1.2 sau de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. A. în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

SECȚIUNEA 2: B. ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1.Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului European și al Consiliului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pachetul de servicii este cel prevăzut la cap. II lit. B.

2.Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, 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. Pachetul de servicii este cel prevăzut la cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 și 1.2 și la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2.

3.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, pachetul de servicii este cel prevăzut la cap. II lit. B sau, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 și 1.2, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. B, se acordă numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

SECȚIUNEA 3: C. ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA DE REABILITARE MEDICALĂ

1.Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, 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 consultațiile

prevăzute la cap. II lit. C pct. 1 subpct. 1.1, 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.

2.Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază, în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C. Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană.

3.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. II lit. C, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

SECȚIUNEA 4: D. ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA MEDICINA DENTARĂ

1.Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, 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 medicină dentară prevăzute la cap. I lit. E, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România.

2.Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. II lit. D.

3.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 medicină dentară prevăzute la cap. II lit. D sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. I lit. E, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

SECȚIUNEA 5: E. ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

1.Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, 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 lit. E, pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la cap. II lit. B pct. 1, subpct. 1.2.

2.Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor

europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E. Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană.

3.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 lit. E, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

SECȚIUNEA 6: F. ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

1.Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la cap. I lit. C. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.

2.Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. **883/2004** al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază în asistența medicală spitalicească de serviciile prevăzute la cap. II lit. F. Furnizorii de servicii medicale spitalicești acordă serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană.

3.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. C sau de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F se acordă pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

SECȚIUNEA 7: G. CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1.Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. G pct. 1 și 2, subpct. 2.1 și 2.2.

2.Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului

European și al Consiliului, beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. G.

3. 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. II lit. G pct. 1 și 2 subpct. 2.1 și 2.2 sau cap. II lit. G, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

SECȚIUNEA 8: H. ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ȘI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu prevăzut la cap. II lit. H.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut la cap. II lit. H, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

SECȚIUNEA 9: I. ASISTENȚA MEDICALĂ DE REABILITARE MEDICALĂ ȘI RECUPERARE ÎN SANATORII ȘI PREVENTORII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului European și al Consiliului, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. I numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. I, numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

SECȚIUNEA 10: J. MEDICAMENTE CU ȘI FĂRĂ CONTRIBUȚIE PERSONALĂ ÎN TRATAMENTUL AMBULATORIU

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de medicamentele prevăzute la cap. II lit. J.

2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului

European și al Consiliului, se acordă medicamente în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv medicamentele prevăzute la cap. II lit. J.

3. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se acordă medicamente în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv medicamentele prevăzute la cap. II lit. J, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

SECȚIUNEA 11: K. DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului European și al Consiliului, se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele prevăzute la cap. II lit. K.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitive medicale prevăzute la cap. II lit. K, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA nr. 2:

CONTRACTUL-CADRU care reglementează condițiile acordării asistenței medicale a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 366 din data de 19 mai 2014