

ORDIN nr. 1.214 din 20 aprilie 2022

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

EMITENT: Ministerul Sănătății**PUBLICAT ÎN: Monitorul Oficial nr. 393 din 21 aprilie 2022****Data intrării în vigoare: 21 Aprilie 2022**

Având în vedere Referatul de aprobare nr. AR 6.848 din 20.04.2022 al Ministerului Sănătății și nr. DG 1.174 din 18.04.2022 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în temeiul prevederilor:

- [art. 229 alin. \(4\)](#) și ale [art. 291 alin. \(2\) din titlul VIII „Asigurările sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative;

- [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările și completările ulterioare;

- [art. 7 alin. \(4\) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- [art. 17 alin. \(5\) din Statutul](#) Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 972/2006](#), cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. I

[Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021](#) privind aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 642 și 642 bis din 30 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. [Articolul 1](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

" **ART. 1**

Se aprobă Normele metodologice de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, prevăzute în anexele nr. 1-51, care fac parte integrantă din prezentul ordin."

2. [După anexa nr. 50](#) se introduce o nouă anexă, anexa nr. 51, al cărei cuprins este prevăzut în anexa la prezentul ordin.

ART. II

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și se aplică începând cu luna aprilie 2022.

Ministrul sănătății,

Alexandru Rafila

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Adela Cojan

ANEXA 1

(Anexa nr. 51 la [Ordinul nr. 1.068/627/2021](#))

DISPOZIȚII

aplicabile începând cu luna următoare celei în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2

ART. 1

(1) Casele de asigurări de sănătate contractează pentru trimestrele II și III ale anului 2022 cu unitățile sanitare cu paturi suma alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești după reținerea sumelor prevăzute la [art. 91 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021](#), cu modificările și completările ulterioare. Sumele

reținute la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor utiliza în conformitate cu prevederile [art. 6 alin. \(2\) din anexa nr. 23](#) la ordin.

(2) După reținerea sumelor prevăzute la alin. (1), casele de asigurări de sănătate contractează cu unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești, în regim de spitalizare continuă, o sumă echivalentă cu media lunară a sumelor contractate pentru activitatea anului 2021.

(3) La stabilirea sumelor lunare ce se contractează cu fiecare unitate sanitară cu paturi, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere încadrarea acestora în valoarea medie totală contractată lunar la nivelul caselor de asigurări de sănătate; la calculul valorii medii lunare se iau în considerare și sumele cuprinse în actele adiționale încheiate pentru acoperirea cheltuielilor efectiv realizate în anul 2021 peste valoarea de contract.

(4) Repartizarea pe tipurile de servicii de spitalizare continuă și spitalizare de zi prevăzute în norme, cu încadrarea în sumele rezultate din aplicarea prevederilor alin. (1)-(3), se face prin negocieri cu unitățile sanitare cu paturi, ținând cont de următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

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

- număr de cazuri estimat a se realiza în trimestrele II și III x indice case-mix 2022 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2022; respectiv

- număr de cazuri estimat a se realiza în trimestrele II și III x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități;

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

$$SC = Nr_caz \times ICM \times TCP.$$

În formula de mai sus, Nr_caz reprezintă numărul de cazuri estimat a se realiza în trimestrele II și III ale anului 2022, TCP și ICM reprezintă tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix prevăzute în [anexa nr. 23 A la ordin](#), pentru anul 2022.

a2) Pentru spitalele non-DRG sau nou-intrate în contractare în formula de la lit. a1) ICM și TCP se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri estimate pe fiecare specialitate.

a3) Numărul estimat de cazuri ce poate fi contractat pentru trimestrele II și III ale anului 2022 se stabilește prin negocieri.

La negocierea numărului de cazuri estimate pe spital și pe secție/compartiment se va avea în vedere numărul de cazuri realizate în anii 2019-2021 și trimestrul I al anului 2022, la nivelul spitalului (ținându-se cont de paturile contractate cu spitalul pe secție/compartiment, precum și de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății sau direcția de sănătate publică, după caz), precum și modul de realizare a indicatorilor calitativi în anii 2019-2021 și trimestrul I al anului 2022.

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

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

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

a6) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități (non-DRG)

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

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

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

b) Suma pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, inclusiv îngrijiri paliative (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății sau direcția de sănătate publică, după caz) din alte spitale, se stabilește astfel:

- număr de cazuri estimat a se realiza în trimestrele II și III x număr de zile de spitalizare estimat a se realiza pe caz de către spitale pe secții/compartimente x tariful pe zi de spitalizare.

1. Numărul de cazuri estimate

Numărul de cazuri estimat a se realiza în trimestrele II și III pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de cazurile externate total și pe secții realizate în anii 2019-2021 și trimestrul I al anului 2022, la nivelul spitalului (ținându-se cont

de paturile contractate cu spitalul pe secție/compartiment, precum și de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății sau direcția de sănătate publică, după caz) și al județului. La stabilirea numărului de cazuri estimat a se realiza în trimestrele II și III pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi în anii 2019-2021 și trimestrul I al anului 2022.

Numărul de cazuri estimat a se realiza se defalcă pe trimestrele II și III ale anului 2022.

2. Numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza de către spitale pe secții/compartimente are în vedere numărul de zile de spitalizare total și pe secții realizate în anii 2019-2021 și trimestrul I al anului 2022.

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

c) Suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora.

1. Numărul de servicii medicale spitalicești/cazuri rezolvate efectuate în regim de spitalizare de zi se negociază în funcție de numărul mediu lunar de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi și numărul de cazuri rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi în anii 2019-2021 și trimestrul I al anului 2022, la nivelul spitalului.

2. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat este prevăzut în [anexa nr. 22 la ordin](#), respectiv în prezenta anexă pentru serviciile medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi acordate în centrele de evaluare.

(5) Prin sintagma „situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești”, prevăzută la [art. 6 alin. \(2\) lit. a\) din anexa nr. 23 la ordin](#), se înțelege situațiile în care unitățile sanitare solicită caselor de asigurări de sănătate suplimentarea sumelor contractate inițial, ca urmare a creșterii numărului de pacienți care se adresează unității sanitare și care, conform criteriilor stabilite prin norme, necesită internare în regim de spitalizare continuă sau de zi.

Numărul cazurilor externate de pe secțiile/compartimentele de spitalizare continuă, raportate și validate, ce pot fi decontate de casa de asigurări de sănătate, ca urmare a aplicării prevederilor [art. 6 alin. \(2\) lit. a\) din anexa nr. 23 la ordin](#), nu poate depăși numărul de cazuri ce pot fi rezolvate la nivelul unității sanitare raportat la numărul paturilor contractate.

ART. 2

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă activitatea desfășurată lunar, după cum urmează:

a) la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;

b) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate.

(2) Prevederile alin. (1) sunt aplicabile inclusiv pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni cronice.

(3) Decontarea lunară pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se face potrivit prevederilor alin. (1) și (2), fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială pentru trimestrele II și III ale anului 2022.

(4) Prin cheltuieli efectiv realizate se înțelege totalitatea cheltuielilor așa cum sunt prevăzute în clasificarea bugetară, cu excepția celor care se suportă din alte surse decât Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

(5) Pentru perioada aprilie-septembrie 2022, în situația în care contravaloarea serviciilor medicale spitalicești/cazurilor rezolvate efectuate în regim de spitalizare de zi realizate și validate lunar este mai mare decât suma contractată corespunzătoare acestora, casele de asigurări de sănătate pot deconta această diferență, în limita economiilor înregistrate la spitalizarea continuă pentru cazurile acute.

ART. 3

Decontarea serviciilor medicale spitalicești de chimioterapie cu monitorizare, acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se efectuează la nivelul realizat, prin încheiere de acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale, dacă a fost depășit nivelul contractat.

ART. 4

În centrele de evaluare se acordă următoarele servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru persoanele care îndeplinesc condițiile prevăzute în [anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.513/2020](#) pentru aprobarea planurilor privind modalitatea de

aplicare de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, de către Institutul Național de Sănătate Publică, de către unitățile sanitare, precum și de către serviciile de ambulanță județene și Serviciul de Ambulanță București-Ilfov și de medicii de familie a măsurilor în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic de infectare cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările și completările ulterioare, care nu necesită spitalizare continuă:

Nr. crt.	Denumirea serviciului medical	Serviciile obligatorii	Tarif/ serviciu medical-caz ^3)
1.	Infecție cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicației prin Ministerul Sănătății^1)	<ul style="list-style-type: none"> - Consultație medicală de specialitate - Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP - Glicemie - Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - EKG - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări de medicamente - Medicamente cu acțiune antivirală administrate parenteral/oral: anticorpi monoclonali neutralizanți/molnupiravir/paxlovid sau alte medicamente achiziționate de Ministerul Sănătății și distribuite gratuit la nivelul centrului de evaluare 	215,37
		<ul style="list-style-type: none"> - Consultație medicală de specialitate - Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP - Glicemie - Creatinină serică - Uree serică 	

2.	<p>Infecție cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicației prin Ministerul Sănătății¹⁾ - cu investigație CT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proteina C reactivă - Computer tomografie torace - EKG - - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări de medicamente - Medicamente cu acțiune antivirală administrate parenteral/oral: anticorpi monoclonali neutralizanți/molnupiravir/paxlovid sau alte medicamente achiziționate de Ministerul Sănătății și distribuite gratuit la nivelul centrului de evaluare 	390,37
3.	<p>Infecție cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicației prin Ministerul Sănătății¹⁾ - cu investigație RX</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consultație medicală de specialitate - - Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP - Glicemie - Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Examen radiologic torace ansamblu - EKG - - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări de medicamente - Medicamente cu acțiune antivirală administrate parenteral/oral: anticorpi monoclonali neutralizanți/molnupiravir/paxlovid sau alte medicamente achiziționate de Ministerul Sănătății și distribuite gratuit la nivelul centrului de evaluare 	247,37

4.	<p>Infecție cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicației prin farmacia cu circuit închis a spitalului[^] 2) - cu investigație CT</p>	<p>- Consultație medicală de specialitate - Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP - Glicemie - Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Potasiu - Sodiu - Computer tomografie torace - EKG - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări - Medicamente cu acțiune antivirală, cu administrare orală achiziționate la nivelul unității sanitare: favipiravir administrat în centrul de evaluare și eliberat pacientului pentru tratament la domiciliu</p>	676,67
5.	<p>Infecție cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicației prin farmacia cu circuit închis a spitalului[^] 2) - cu investigație RX</p>	<p>- Consultație medicală de specialitate - Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP - Glicemie - Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Potasiu - Sodiu - Examen radiologic torace ansamblu - EKG - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/</p>	533,67

		<p>perfuzii/alte tipuri de administrări</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicamente cu acțiune antivirală, cu administrare orală achiziționate la nivelul unității sanitare: favipiravir administrat în centrul de evaluare și eliberat pacientului pentru tratament la domiciliu 	
6.	<p>Infecție cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicației prin farmacia cu circuit închis a spitalului²⁾</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consultație medicală de specialitate - Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP - Glicemie - Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Potasiu - Sodiu - EKG - - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări - Medicamente cu acțiune antivirală, cu administrare orală achiziționate la nivelul unității sanitare: favipiravir administrat în centrul de evaluare și eliberat pacientului pentru tratament la domiciliu 	501,67
7.	<p>Infecție cu SARS-CoV-2 confirmată - fără tratament</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consultație medicală de specialitate - Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP 	205,37

		<ul style="list-style-type: none"> - Glicemie - Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - EKG - Pulsoximetrie 	
8.	Infecție cu SARS-CoV-2 confirmată - cu RX - fără tratament	<ul style="list-style-type: none"> - Consultație medicală de specialitate - Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP - Glicemie - Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Examen radiologic torace ansamblu - EKG - Pulsoximetrie 	237,37
9.	Infecție cu SARS-CoV-2 confirmată - cu investigație CT - fără tratament	<ul style="list-style-type: none"> - Consultație medicală de specialitate - Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP - Glicemie - Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Computer tomografie torace - EKG - Pulsoximetrie 	380,37

^1) Tariful serviciului nu cuprinde costul medicamentelor distribuite gratuit de către Ministerul Sănătății unității sanitare și transferate în gestiunea centrului de evaluare în baza documentelor justificative prevăzute de legislația în vigoare.

^2) Tariful serviciului cuprinde costul medicamentului cu acțiune antivirală directă cu administrare orală (favipiravir) achiziționat la nivelul unității sanitare, în conformitate cu [Ordinul ministrului sănătății nr. 487/2020](#) pentru aprobarea protocolului de tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările și completările ulterioare.

^3) Tariful serviciului medical-caz este aferent unui episod cu infectare cu virusul SARS-CoV-2/persoană.

NOTE:

1. Tarifele cuprind cheltuielile aferente serviciilor medicale-caz (cheltuieli de personal, materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, precum și cheltuieli indirecte, după caz).

2. Administrarea/Eliberarea medicamentelor antivirale pacienților în cadrul centrelor de evaluare se face cu respectarea reglementărilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 487/2020](#) pentru aprobarea protocolului de tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările ulterioare.

ART. 5

Serviciile medicale de spitalizare de zi prevăzute la art. 4 se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii tipului de serviciu medical-caz, prevăzute în tabelul de la art. 4, și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei necesare finalizării serviciului medical.

ART. 6

Regularizarea trimestrială a serviciilor medicale de spitalizare de zi prevăzute la art. 4 se face potrivit prevederilor aplicabile spitalizării de zi, cu precizarea că, pentru centrele de evaluare organizate la nivelul unităților sanitare cu paturi care nu au încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare de zi, regularizarea trimestrială se face pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la data încheierii contractului cu centrul de evaluare și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate.

ART. 7

(1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

(2) Efectuarea investigațiilor paraclinice necesare pacienților, în vederea monitorizării afecțiunilor prevăzute la alin. (1), se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

(3) Pentru investigațiile paraclinice prevăzute la alin. (1) furnizorii de servicii medicale paraclinice țin evidențe distincte.

(4) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru monitorizarea pacientului cu COVID-19.

(5) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, boli rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare și boli neurologice, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru afecțiunile respective.

ART. 8

Măsurile prevăzute la art. 1 și 2 din prezenta anexă sunt aplicabile până la data de 30 septembrie 2022.
