

Nr. 444/07.02.2025

Nr. 84/03.02.2025

ORDIN

privind modificarea și completarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023

În temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și 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;
- 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,
- Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, cu modificările și completările ulterioare;
- referatul de aprobare nr. 444R/07.02.2025 al Ministerului Sănătății și nr. DG 650/03.02.2025 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

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

Art. I. – Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 și 484 bis din 31 mai 2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 1, la litera A, punctul 1.2.3.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

“1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani - o dată pe an, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se decontează maxim două consultații/neasigurat, anual. Cea de-a doua consultație, în care medicul realizează intervenția individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultație.”

2. În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (2), după litera f) se introduce o nouă literă, litera g), cu următorul cuprins:

"g) Pentru activitatea anului 2025, serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.1.3.2, 1.2.4, 1.2.5, 1.5, cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata «per capita». Consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1, 1.3 și serviciile prevăzute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la

ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), sunt incluse în plata «per capita» aferentă anului în curs."

3. În anexa nr. 2, la articolul 6, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (2¹), cu următorul cuprins:

“(2¹) Fondul destinat plății în funcție de performanță pentru activitatea desfășurată în anul 2024 se determină prin aplicarea unui procent de 1% la fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2025 și suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, precum și a sumelor destinate plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza unei convenții și a plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate.”

4. În anexa nr. 2, la articolul 6, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alineatul (4), cu următorul cuprins:

“(4) Pentru anul 2025 valorile garantate ale punctelor "per capita" și pe serviciu medical se mențin se mențin la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024.”

5. În anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul (1¹) se introduce un nou alineat, alineatul (1²), cu următorul cuprins:

“(1²) Pentru anul 2025 valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 12 lei.”

6. În anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul (2¹) se introduce un nou alineat, alineatul (2²), cu următorul cuprins:

“(2²) Pentru anul 2025 valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 8 lei.”

7. În anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (5), cu următorul cuprins:

“(5) Pentru anul 2025 valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical acordat persoanelor neasigurate este aceeași cu valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical prevăzută la alin. (2²).”

8. În anexa nr. 2, la articolul 15, după alineatul (4¹) se introduce un nou alineat, alineatul (4²), cu următorul cuprins:

“(4²) Pentru anul 2025, prevederile alin. (4) nu se aplică.”

9. În anexa nr. 2, la articolul 15, după alineatul (5¹) se introduce un nou alineat, alineatul (5²), cu următorul cuprins:

“(5²) Pentru anul 2025, serviciile medicale realizate de medicii de familie care depășesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3, art. 1 alin. (3) lit. b) și ale alin. (1) sunt incluse în plata «per capita», aferentă anului în curs.”

10. În anexa nr. 3, la articolul 7, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

“d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format

electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

11. În anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 1, subpunctul 1.4 se modifică și va avea următorul cuprins:

“1.4. Valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, este de 12 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 12 lei.

Pentru anul 2025, valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 12 lei.”

12. În anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 2, subpunctele 2.2 și 2.3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“2.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.

Pentru anul 2025, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 8 lei.

2.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.

Pentru anul 2025, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 8 lei.

Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.”

13. În anexa nr. 6, la articolul 5, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

“d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

14. În anexa nr. 6A, la articolul 7, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

“d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

15. În anexa nr. 6A, la articolul 9 punctul 1, subpunctele 1.2 și 1.3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“1.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.

Pentru anul 2025, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 8 lei.

1.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023.

Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.

Pentru anul 2025, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 8 lei. Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.”

16. În anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul (3²) se introduce un nou alineat, alineatul (3³), cu următorul cuprins:

“(3³) Pentru anul 2025 valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 5 lei.”

17. În anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul (5¹) se introduce un nou alineat, alineatul (5²), cu următorul cuprins:

“(5²) Pentru anul 2025, prevederile alineatului (5) nu se aplică.”

18. În anexa nr. 9, la articolul 7, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

19. În anexa nr. 9, la articolul 9, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(2) Valoarea garantată a unui punct este unică pe țară.

Pentru anul 2025 valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, și este în valoare de lei.”

20. În anexa nr. 12, la articolul 8, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

21. În anexa nr. 14, în tabelul de la litera A, poziția 13.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“

13.2****)	Căptușire proteză ****) se decontează de 2 ori pe an	202		100%	100%
-----------	------------------------------------------------------	-----	--	------	------

“

22. În anexa nr. 14, în tabelul de la litera B, poziția 13.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“

13.2**)	Căptușire proteză **) se decontează o dată pe an	202	100%
---------	-----------------------------------------------------	-----	------

“

23. În anexa nr. 15, la articolul 3, alineatele (2), (3) și (3¹) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(2) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract și pe medic. Medicii pot efectua servicii medicale peste valoarea lunară de contract/act adițional în limita a maxim 10%, cu excepția lunii decembrie, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv, pentru fiecare medic.

(3) În situația în care la unii medici se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară la nivelul cărora medicii, în trimestrul respectiv, și-au epuizat valoarea de contract și se repartizează proporțional, corespunzător elementelor utilizate la stabilirea valorii de contract, pe fiecare medic.

Dacă din valoarea trimestrială de contract/medic a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract. Pentru medicii care se găsesc în situația în care suma neconsumată se încadrează în procentul de 5%, această sumă se redistribuie aceluiași medic în trimestrul următor.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data încheierii actului adițional.

Prin excepție, pentru trimestrul IV al anului calendaristic, în situația în care la unii medici se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate, față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la medicii care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract.

Dacă din valoarea lunară de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5% se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru medicii care se găsesc în situația în care suma neconsumată se încadrează în procentul de 5%, această sumă se redistribuie aceluiași medic în luna următoare.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional.

(3¹) Pe perioada de aplicare a prevederilor art. I alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 34/2023 privind unele măsuri fiscal-bugetare, prorogarea unor termene, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare, prevederile alin. (2) și (3) nu se aplică.

În situația în care la nivelul unor medici se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate.”

24. În anexa nr. 16, la articolul 7, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

25. În anexa nr. 17, la litera A, în tabelul de la punctul 2, punctele 114 și 115 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“

114.	RMN umăr drept nativ	606,00
115.	RMN umăr drept nativ și cu substanță de contrast	850,00

”

26. În anexa nr. 17, la litera A, în tabelul de la punctul 2, după punctul 114, se introduce un nou punct, punctul 114¹, cu următorul cuprins:

“

114 ¹ .	RMN umăr stâng nativ	606,00
--------------------	----------------------	--------

“

27. În anexa nr. 17, la litera A, în tabelul de la punctul 2, după punctul 115, se introduce un nou punct, punctul 115¹, cu următorul cuprins:

“

115 ¹ .	RMN umăr stâng nativ și cu substanță de contrast	850,00
--------------------	--------------------------------------------------	--------

“

28. În anexa nr. 18, la articolul 2, după alineatul (3⁴), se introduce un nou alineat, alin. (3⁵) cu următorul cuprins:

“(3⁵) Prevederile alin. (3¹) – (3³) se aplică inclusiv în situațiile în care investigațiile paraclinice sunt efectuate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, după caz, care au încheiat cu casa de asigurări de sănătate acte adiționale la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, respectiv în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, după caz.”

29. În anexa nr. 18, la articolul 3, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(3) Prin excepție de la obligativitatea încadrării în valoarea de contract, casele de asigurări de sănătate decontează la nivel realizat furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară și din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale pentru serviciile medicale paraclinice, ecografiile acordate persoanelor asigurate, respectiv neasigurate, după caz, în aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.”

30. În anexa nr. 21, la articolul 7, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

31. În anexa nr. 22, în tabelul de la pct. B.4.1, după punctul 212, se introduc 3 noi puncte, punctele 213 – 215 cu următorul cuprins:

“

213.	Manometrie esofagiană de înaltă rezoluție - se decontează maximum un serviciu/an/pacient	Consultație de specialitate gastroenterologie, Hemoleucograma completa, Timp Quick si INR, Procedură de manometrie esofagiană de înaltă rezoluție	977,40 lei/pacient/serviciu
214.	Manometrie anorectală de înaltă rezoluție - se decontează maximum un serviciu/an/pacient	Consultație de specialitate gastroenterologie, Hemoleucograma completa, Timp Quick si INR, Procedură de manometrie ano-rectală de înaltă rezoluție	1.012,32 lei/pacient/serviciu
215.	PHmetrie esofagiană cu impedanță esofagiană - se decontează maximum un serviciu/an/pacient	Consultație de specialitate gastroenterologie, Hemoleucograma completa, Timp Quick si INR, Procedură pHmetrie esofagiană cu impedanță esofagiană	949,08 lei/pacient/serviciu

32. În anexa nr. 22, Capitolul IV, la punctul 2, sub tabel, după NOTA 5, se introduce o nouă notă, NOTA 6, cu următorul cuprins:

“NOTA 6: Pentru serviciile medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contractează și în ambulatoriul de specialitate clinic și se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii, nu este necesară prezentarea biletului de trimitere.”

33. În anexa nr. 23, la articolul 5, alineatul (1), litera a5) se modifică și va avea următorul cuprins:

“a5) Tariful pe caz ponderat pentru fiecare spital este prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național, mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI - național, precum și definirea termenilor utilizați - sunt prevăzute în anexa nr. 23 B la ordin.

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);”

34. În anexa nr. 23, articolul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 6

(1) La contractarea anuală a serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate pentru anul în curs.

(2) Diferența de 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 5% pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești;

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă. Suma se calculează trimestrial numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

b.1. prezența permanentă a cel puțin unui medic în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

b.2. prezența permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

b.3. consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secția/compartimentul de terapie intensivă,

b.4. consum de materiale sanitare, reactivi de laborator și dezinfectanți cu cel puțin 50% peste media consumului de materiale sanitare, reactivi de laborator și dezinfectanți la nivelul spitalului (media consumului la nivelul spitalului = consumul total de materiale sanitare, reactivi de laborator și dezinfectanți la nivel de spital/nr. total al structurilor funcționale ale spitalului, conform structurii aprobate, care contribuie la rezolvarea cazurilor de spitalizare).

Suma aferentă fiecărui spital care îndeplinește criteriile de mai sus se stabilește conform următoarei formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de terapie intensivă al spitalului/Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivelul tuturor spitalelor aflate în contract cu o casă de asigurări de sănătate pentru secțiile/compartimentele de terapie intensivă x 25% din suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Casele de asigurări de sănătate încheie act adițional pentru sumele reprezentând complexitatea suplimentară a cazurilor, fără a modifica numărul de cazuri contractate aferente perioadei pentru care se acordă această sumă.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG din secțiile/compartimentele de terapie intensivă pentru fiecare spital se pun la dispoziția caselor de asigurări de sănătate trimestrial de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate.

În situația în care nu sunt întrunite de către niciun furnizor, condițiile pentru acordarea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectivă se utilizează în condițiile lit. a).

Spitalele evaluează pacienții atât la intrarea cât și la ieșirea din compartimentele/secțiile TI, în conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj, APACHE-2										
Variabile fiziologice										
Variabile	Punctaj									
	4	3	2	1	0	1	2	3	4	
Temperatura rectală (°C)	> 41	39.0 - 40.9		38.5 - 38.9	36.0 - 38.4	34.0 - 35.9	32.0 - 33.9	30.0 - 31.9	< 29.9	
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130 - 159	110 - 129		70 - 109		50 - 69		< 49	
Ritmul inimii (bătăi/min)	> 180	140 - 179	110 - 139		70 - 109		55 - 69	40 - 54	< 39	
Rata respirației (respirații/min)	> 50	35 - 49		25 - 34	12 - 24	10 - 11	6 - 9		< 5	
Oxygenare (kPa)*:										
FiO ₂ > 50%	66.5	46.6 - 66.4	26.6 - 46.4		< 26.6					
A-aDO ₂										
FiO ₂ < 50%					> 9.3	8.1 - 9.3		7.3 - 8.0	< 7.3	
PaO ₂										
pH arterial	> 7.7	7.60 - 7.59		7.50 - 7.59	7.33 - 7.49		7.25 - 7.32	7.15 - 7.24	< 7.15	

Serum sodium (mmol/l)	> 180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 - 149		120 - 129	111 - 119	< 110
Serum potassium (mmol/l)	> 7	6.0 - 6.9		5.5 - 5.9	3.5 - 5.4	3.0 - 3.4	2.5 - 2.9		< 2.5
Serum creatinine (micromol/l)	> 300	171 - 299		121 - 170	50 - 120		< 50		
Total volum celule (%)	> 60		50 - 59.9	46 - 49.9	30 - 45.9		20 - 29.9		< 20
Număr de leucocite (x 10 ⁹ /l)	> 40		20 - 39.9	15 - 19.9	3 - 14.9		1 - 2.9		< 1
Alte variabile: - Scala de comă Glasgow - Boli cronice - Vârsta - Statut chirurgical									

“

35. În anexa nr. 23, la articolul 7, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(2) Pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, din fondurile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a), precum și din fondurile prevăzute la alin. (1), pot fi contractate cu spitalele/secțiile/compartimentele de acuți, servicii medicale acordate de la data încheierii actului adițional, dar fără a se depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital stabilită astfel:

$$(Nr_pat \times IU_pat/DMS_spital) \times ICM \times TCP / 12 \text{ luni}$$

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, IU_pat, DMS_spital, TCP și ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix.

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate, iar DMS_spital se înlocuiește cu DMS_nat.”

36. Anexa nr. 23 B II se modifică și se înlocuiește cu anexa la prezentul ordin.

37. În anexa nr. 26, la articolul 7, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

38. În anexa nr. 29, la articolul 6 alineatul (1), litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

39. În anexa nr. 30 A, la litera A, în tabel după poziția 24, se introduce o nouă poziție, poziția 25, cu următorul cuprins:

“

25	evaluare clinică psihologică a pacientului oncologic furnizată de psiholog cu formare complementară în psihooncologie
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

”

40. În anexa nr. 31 A, la articolul 3, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“Art. 3. - (1) În vederea stabilirii valorii de contract personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat la furnizor. Punctajul se acordă pentru fiecare persoană din personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor cu normă întreagă; pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată, iar pentru asistentul medical nu se acordă punctaj pentru mai puțin de jumătate de normă. Pentru personalul care depășește o normă întreagă se acordă punctaj și pentru fracțiunea de normă lucrată ce depășește norma întreagă.

Pentru personalul care își desfășoară activitatea cu contract individual de muncă de cel puțin 6 luni la furnizor, se acordă un punctaj suplimentar de 2 puncte/persoană.

1. medic de specialitate clinică 20 de puncte;
2. medic de medicină generală 18 puncte;
3. asistenți medicali 13 puncte;
4. fizioterapeut 13 puncte;
5. logoped 13 puncte;
6. psiholog cu formare complementară în psihooncologie 13 puncte;

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 de ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent medical - 40 de ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un fizioterapeut – 35 de ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un logoped - 35 de ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un psiholog cu formare complementară în psihooncologie - 35 de ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)”

41. În anexa nr. 31 C, la punctul I subpunctul 8, după poziția 24 din tabel, se introduce o nouă poziție, poziția 25, cu următorul cuprins:

“

25	evaluare clinică psihologică a pacientului oncologic furnizată de psiholog cu formare complementară în psihooncologie	
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

”

42. În anexa nr. 31 C, la punctul I, nota **) se modifică și va avea următorul cuprins:

„**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni, respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani și pentru pacienții cu afecțiune oncologică, în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maximum 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situațiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. În cazul în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile, respectiv celor 180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile. Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani și a pacienților cu afecțiune oncologică care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni.”

43. În anexa nr. 31 D, la punctul I, nota **) se modifică și va avea următorul cuprins:

„**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni, respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani și pentru pacienții cu afecțiune oncologică, în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire paliativă este de maximum 30 de zile de îngrijiri. În cazul în care îngrijirile paliative nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile, respectiv celor 180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile. Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani și a pacienților cu afecțiune oncologică care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni.”

44. În anexa nr. 32A, la articolul 7, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

45. În anexa nr. 32B, la articolul 7, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

46. În anexa nr. 35, la articolul 6, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

47. În anexa nr. 36, articolul 11 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 11

În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele, până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă și înaintează prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante.

Pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea, cu excepția facturilor,

care se întocmesc pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuție aflate în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate.”

48. În anexa nr. 37, la articolul 7, litera q) se modifică și va avea următorul cuprins:

„q) să depună/să transmită electronic, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat, furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line; în vederea decontării, facturile se transmit conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate;”

49. În anexa nr. 37, articolul 9, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“Art. 9. - (1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor documente: facturi și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹ prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

b) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii cardului european;

c) medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

d) medicamentele din rețetele eliberate pentru beneficiarii de formulare europene.

e) medicamentele din prescripțiile medicale eliberate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E și medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii cardului european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, medicamentelor din rețetele eliberate pentru beneficiarii de formulare europene, medicamentelor din rețetele eliberate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute

la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, după caz.

În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată și înaintează prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante.

Pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line (componenta prescriere și componenta eliberare), urmând ca facturile să se transmită conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea, cu excepția facturilor, care se întocmesc pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuție aflate în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate.”

50. În anexa nr. 37A, la articolul 4, alineatul (1) litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

“a) să factureze lunar, și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a prescripțiilor medicale care urmează a fi decontate din bugetul FNUASS, în termen de 10 zile lucrătoare de la data comunicării informațiilor prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. (i);”

51. În anexa nr. 37A, la articolul 5, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“ Art. 5. - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează sumele corespunzătoare contravalorii medicamentelor pe baza facturii transmisă conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la validarea acesteia în limita fondurilor aprobate cu această destinație.”

52. În anexa nr. 39, la articolul 1, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenție chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situație medicul care face recomandarea va menționa pe prescripția medicală modul de protezare și tipul protezei definitive. În perioada termenului de înlocuire a protezei membrului inferior, în situații speciale, pentru același segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare (un alt tip de proteză) care să cuprindă atât proteză provizorie cât și proteză definitivă sau direct proteză definitivă. Durata prescripțiilor medicale pentru protezele de membru superior și pentru protezele de membru inferior - proteze definitive este nelimitată.”

53. În anexa nr. 39, la articolul 6, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(3) În vederea decontării, furnizorul de dispozitive medicale transmite facturile conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, și depune/transmite următoarele documente casei de asigurări de sănătate, după caz:

- copia certificatului de garanție - cu excepția dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată (prin închiriere) și a dispozitivelor medicale pentru care nu se emit certificate de garanție dar au termen de valabilitate;

- declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare,
- audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate;
- dovada verificării tehnice, numai în luna următoare celei în care se realizează verificarea tehnică, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante, echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație noninvasivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP.
- dovada primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poștă, curierat, beneficiarului sau unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soțului/soției, împuternicitului legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantului legal - cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, situație în care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate; furnizorul poate transmite casei de asigurări de sănătate dovada primirii dispozitivului medical primită de către acesta în format electronic; pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, dovada primirii dispozitivului medical se depune/se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate numai la acordarea dispozitivului medical.

În situația în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat, confirmarea primirii dispozitivului medical, în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul. Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate este necesară numai la acordarea dispozitivului medical.

În situația în care ridicarea de la furnizor sau primirea la domiciliu a dispozitivului medical se face de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicitul legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantul legal - se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care beneficiarul dispozitivului medical este beneficiar de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la ridicarea dispozitivului medical de la furnizor va prezenta actul de identitate/pașaportul, după caz.”

54. În anexa nr. 40, la articolul 6, literele g) și o) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„g) să factureze lunar și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare. Documentele necesare în vederea decontării dispozitivelor medicale în ambulatoriu, se transmit la casele de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, conform și în condițiile stabilite prin norme. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor;

o) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale 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, și să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de

asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală copiile documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și, după caz, documentele justificative, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați și să transmită facturile conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare;”

55. În anexa nr. 40, la articolul 10, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“Art. 10. - (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorului, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

În vederea decontării, furnizorul de dispozitive medicale transmite facturile conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, și depune/transmite următoarele documente casei de asigurări de sănătate, după caz:

- copia certificatului de garanție cu excepția dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată (prin închiriere) și a dispozitivelor pentru care nu se emit certificate de garanție dar au termen de valabilitate,

- declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare,

- audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate,

- dovada verificării tehnice, numai în luna următoare celei în care se realizează verificarea tehnică, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație noninvasivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP,

- dovada primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poștă, curierat, beneficiarului sau unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soțului/soției, împuternicitului legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantului legal - cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, situație în care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate; furnizorul poate transmite casei de asigurări de sănătate dovada primirii dispozitivului medical primită de către acesta în format electronic; pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, dovada primirii dispozitivului medical se depune/se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate numai la acordarea dispozitivului medical.

În situația în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat, confirmarea primirii dispozitivului medical în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1[^]1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul. Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate este necesară numai la acordarea dispozitivului.

În situația în care ridicarea de la furnizor sau primirea la domiciliu a dispozitivului medical se face de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicitul legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantul legal - se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care beneficiarul dispozitivului medical este beneficiar de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la ridicarea dispozitivului medical de la furnizor va prezenta actul de identitate/pașaportul, după caz.”

Art. II. - (1) Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.
(2) Prevederile art. I, pct. 33-36 intră în vigoare la data de 1 aprilie 2025.

Ministrul sănătății
Alexandru RAFILA

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
Valeria HERDEA

(Anexa nr. 23 B II la Ordinul nr. 1.857/441/2023)

Nr. Crt.	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurgicală sau Alte (M/C/A)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativa	DMS	Mediana DS in sectiile ATI national
1	0	A	A2010	Oxigenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28.5797	22.01	10.00
2	0	A	A2021	Intubatie varsta<16 cu CC	4.1332	9.41	2.00
3	0	A	A2022	Intubatie varsta<16 fara CC	1.6508	4.72	1.00
4	0	C	A1010	Transplant de ficat	0.0000		
5	0	C	A1020	Transplant de plaman/inima sau plaman	0.0000		
6	0	C	A1030	Transplant de inima	0.0000		
7	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilatie >95 ore	14.2331	17.63	10.00
8	0	C	A1050	Transplant alogenic de maduva osoasa	0.0000		
9	0	C	A1061	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofale	0.0000		
10	0	C	A1062	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofale	0.0000		
11	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0.0000		
12	0	C	A1072	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofale	0.0000		
13	1	A	B2010	Plasmafereza cu boli neurologice	0.8002	17.56	1.00
14	1	A	B2020	Monitorizare telemetrica EEG	0.8317	3.50	-
15	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1.7579	9.54	-
16	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5.8344	12.94	1.00
17	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3.4275	11.29	1.00
18	1	C	B1023	Craniotomie fara CC	2.5833	9.86	1.00
19	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4.2466	5.27	0.00
20	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fara CC catastrofale sau severe	2.0414	4.92	0.00

21	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2.2682	6.22	1.00
22	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofale sau severe	1.4176	4.33	1.00
23	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0.3276	1.80	0.00
24	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4.3915	4.18	1.00
25	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofale sau severe	0.7561	2.63	0.00
26	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2.0099	4.87	1.00
27	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0.7120	2.78	-
28	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale	5.0342	9.87	2.00
29	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale	1.5122	7.01	1.00
30	1	M	B3021	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4.8704	6.95	1.50
31	1	M	B3022	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	1.2601	6.38	-
32	1	M	B3030	Internare pentru afereza	0.1827	6.00	
33	1	M	B3040	Dementa si alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1.7957	7.99	2.00
34	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1.7579	9.23	-
35	1	M	B3052	Delir fara CC catastrofale	0.8884	8.14	1.00
36	1	M	B3060	Paralizie cerebrala	0.3339	5.25	-
37	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.6445	6.14	1.00
38	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0.7624	4.50	1.00
39	1	M	B3081	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2.1233	7.70	2.00
40	1	M	B3082	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	0.8821	6.02	-
41	1	M	B3083	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0.4032	4.66	0.00
42	1	M	B3091	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1.8776	4.29	-
43	1	M	B3092	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0.3591	3.41	-
44	1	M	B3101	AIT si ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau severe	0.9766	5.83	2.00
45	1	M	B3102	AIT si ocluzie precerebrala fara CC catastrofale sau severe	0.4284	4.96	-
46	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2.9991	9.95	4.00

47	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1.6319	7.65	3.00
48	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fara CC catastrofale sau severe	1.0585	6.32	2.00
49	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0.3969	2.12	1.00
50	1	M	B3121	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici cu CC	1.2223	5.33	1.00
51	1	M	B3122	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici fara CC	0.2520	4.43	-
52	1	M	B3131	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2.7786	9.82	4.00
53	1	M	B3132	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofale sau severe	1.1467	7.22	2.00
54	1	M	B3140	Menigita virala	0.6175	7.50	-
55	1	M	B3150	Stupoare si coma non-traumatica	0.5482	5.04	2.00
56	1	M	B3160	Convulsii febrile	0.2835	3.04	-
57	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1.1089	5.06	2.00
58	1	M	B3172	Atacuri fara CC catastrofale sau severe	0.3717	3.84	1.00
59	1	M	B3180	Cefalee	0.2709	3.49	-
60	1	M	B3191	Leziune intracraniana cu CC catastrofale sau severe	1.9973	6.33	2.00
61	1	M	B3192	Leziune intracraniana fara CC catastrofale sau severe	0.8191	4.94	2.00
62	1	M	B3200	Fracturi craniene	0.6616	3.74	-
63	1	M	B3210	Alta leziune a capului	0.2394	3.66	-
64	1	M	B3221	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.5059	5.66	1.00
65	1	M	B3222	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0.5545	6.13	0.00
66	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1.2853	4.68	0.00
67	2	C	C1020	Enucleeri si proceduri ale orbitei	1.1278	2.47	0.00
68	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0.6616	1.92	-
69	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.8884	3.61	-
70	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0.6112	2.54	0.00
71	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0.4284	1.74	0.00
72	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0.4599	2.93	0.00
73	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.4158	2.77	-
74	2	C	C1090	Proceduri privind caile lacrimare	0.2835	3.18	-
75	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0.3150	2.20	0.00
76	2	C	C1111	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei	0.8191	2.43	0.00
77	2	C	C1112	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei, de zi	0.4284	0.00	-

78	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0.6049	2.06	-
79	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0.4095	0.00	
80	2	M	C3011	Infectii oculare acute si majore varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.1404	4.63	-
81	2	M	C3012	Infectii oculare acute si majore varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0.7057	4.16	-
82	2	M	C3020	Tulburari neurologice si vasculare ale ochiului	0.4347	4.21	-
83	2	M	C3030	Hifema si traume oculare tratate medical	0.2898	3.96	-
84	2	M	C3041	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0.7498	3.57	0.00
85	2	M	C3042	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0.2961	3.58	0.00
86	3	A	D2010	Extractii dentare si restaurare	0.3402	2.21	1.00
87	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afectiuni ORL	0.2016	0.00	-
88	3	C	D1010	Implant cohlear	4.6436	6.74	1.00
89	3	C	D1021	Proceduri ale capului si gatului cu CC catastrofale sau severe	4.2655	3.25	1.00
90	3	C	D1022	Proceduri ale capului si gatului cu stare maligna sau CC moderate	1.8335	5.25	1.00
91	3	C	D1023	Proceduri ale capului si gatului fara stare maligna fara CC	1.1152	3.06	1.00
92	3	C	D1030	Cura chirurgicala a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1.1026	5.08	0.00
93	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-faciala cu CC	1.6193	4.04	0.00
94	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-faciala fara CC	0.9325	3.85	1.00
95	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1.4239	5.62	1.00
96	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei si urechii medii	0.8947	4.52	0.00
97	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0.5671	3.87	0.00
98	3	C	D1080	Proceduri nasale	0.5293	3.02	0.00
99	3	C	D1090	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0.4284	1.91	0.00
100	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0.6427	3.88	0.00
101	3	C	D1110	Miringotomie cu insertie de tub	0.2457	2.66	0.00
102	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii si glandei salivare	0.4978	3.26	1.00
103	3	M	D3011	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului cu CC catastrofale sau severe	1.8146	5.71	0.00
104	3	M	D3012	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului fara CC catastrofale sau severe	0.5608	4.37	0.00
105	3	M	D3020	Dezechilibru	0.3213	4.89	-
106	3	M	D3030	Epistaxis	0.2961	4.04	1.00
107	3	M	D3041	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0.5293	3.93	1.00
108	3	M	D3042	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC	0.3024	3.80	0.00
109	3	M	D3050	Laringotraheita si epiglotita	0.2394	4.03	-

110	3	M	D3060	Traumatism si diformitate nazale	0.2583	2.66	0.00
111	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul cu CC	0.6490	4.01	0.00
112	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul fara CC	0.2457	3.84	0.00
113	3	M	D3081	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor	0.5293	3.23	0.00
114	3	M	D3082	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor de zi	0.1449	0.00	-
115	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3.6985	8.89	3.00
116	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2.6337	7.31	2.00
117	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0.2016	0.00	-
118	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4.1017	7.73	1.00
119	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofale	2.1989	6.06	1.00
120	4	C	E1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3.6859	5.78	0.00
121	4	C	E1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC severe	1.5311	2.48	1.00
122	4	C	E1023	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofale sau severe	0.6112	3.08	0.00
123	4	M	E3011	Fibroza cistica cu CC catastrofale sau severe	2.6652	6.35	-
124	4	M	E3012	Fibroza cistica fara CC catastrofale sau severe	2.0036	3.64	-
125	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1.5374	8.22	3.00
126	4	M	E3022	Embolism pulmonar fara CC catastrofale sau severe	0.7876	6.57	-
127	4	M	E3031	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofale	1.6697	7.23	3.00
128	4	M	E3032	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC severe sau moderate	0.9703	5.76	2.00
129	4	M	E3033	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0.5608	5.33	2.00
130	4	M	E3040	Apnee de somn	0.2835	2.30	-
131	4	M	E3050	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0.8758	6.04	1.00
132	4	M	E3061	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1.1467	7.01	2.00
133	4	M	E3062	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0.6805	5.71	-
134	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 cu CC	1.4302	5.22	-
135	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 sau cu CC	0.7435	4.46	3.00
136	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC	0.4032	3.60	-
137	4	M	E3081	Semne si simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0.6679	5.23	-
138	4	M	E3082	Semne si simptome respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0.3087	3.40	-
139	4	M	E3090	Pneumotorax	0.7309	6.00	1.00
140	4	M	E3101	Bronsita si astm varsta >49 cu CC	0.7624	6.31	-
141	4	M	E3102	Bronsita si astm varsta >49 sau cu CC	0.5041	4.22	2.00

142	4	M	E3103	Bronsita si astm varsta <50 fara CC	0.3339	3.44	-
143	4	M	E3111	Tuse convulsiva si broniolita acuta cu CC	1.0396	4.73	3.00
144	4	M	E3112	Tuse convulsiva si broniolita acuta fara CC	0.5608	3.89	-
145	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1.6508	5.22	1.00
146	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0.8758	4.73	0.00
147	4	M	E3123	Tumori respiratorii fara CC	0.4725	3.47	-
148	4	M	E3130	Probleme respiratorii aparute in perioada neonatala	0.9829	4.73	-
149	4	M	E3141	Revarsat pleural cu CC catastrofale	1.6634	7.73	1.00
150	4	M	E3142	Revarsat pleural cu CC severe	1.0396	6.57	-
151	4	M	E3143	Revarsat pleural fara CC catastrofale sau severe	0.6049	6.44	-
152	4	M	E3151	Boala interstitiala pulmonara cu CC catastrofale	1.6760	6.19	2.00
153	4	M	E3152	Boala interstitiala pulmonara cu CC severe	1.1530	5.02	2.00
154	4	M	E3153	Boala interstitiala pulmonara fara CC catastrofale sau severe	0.6616	4.71	2.00
155	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 cu CC	0.9388	5.32	1.00
156	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 sau cu CC	0.6364	4.07	1.00
157	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta <65 fara CC	0.3843	2.60	-
158	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3.4401	8.60	3.00
159	5	A	F2021	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1.7327	4.26	2.00
160	5	A	F2022	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	1.0648	4.39	-
161	5	A	F2031	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1.0396	3.20	1.00
162	5	A	F2032	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0.5608	2.36	-
163	5	C	F1011	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7.3276	6.55	1.00
164	5	C	F1012	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fara CC catastrofale sau severe	6.3195	2.97	-
165	5	C	F1020	Implant/Inlocuire componenta AICD	6.3447	7.74	-
166	5	C	F1030	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8.8524	14.31	2.00
167	5	C	F1041	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale	6.1557	13.51	2.00
168	5	C	F1042	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale	4.3663	9.54	2.00
169	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale	6.5779	17.61	3.00

170	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale	4.9397	15.35	-
171	5	C	F1061	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4.0513	12.83	2.00
172	5	C	F1062	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale sau severe	3.0999	8.38	-
173	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofale	7.5230	14.99	2.00
174	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofale	4.5365	13.46	-
175	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofale	5.2232	8.04	1.00
176	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofale	2.5266	6.41	1.00
177	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofale	4.1143	7.81	1.00
178	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofale	2.6715	5.05	1.00
179	5	C	F1100	Interventie coronara percutanata cu IMA	1.8461	5.38	2.00
180	5	C	F1111	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picioar cu CC catastrofale	5.9037	13.93	1.00
181	5	C	F1112	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior fara CC catastrofale	2.9487	13.48	0.00
182	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1.9343	5.09	1.00
183	5	C	F1130	Amputatie a membrului superior si a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2.3375	10.45	0.00
184	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofale	3.1881	4.30	1.00
185	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC severe	1.3420	3.69	0.00
186	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofale sau severe	0.9388	3.55	0.00
187	5	C	F1150	Interventie coronara percutanata fara IMA cu implantare de stent	1.2853	3.20	0.00
188	5	C	F1160	Interventie coronara percutanata fara IMA fara implantare de stent	1.2538	3.28	-
189	5	C	F1170	Inlocuire de pacemaker cardiac	1.2538	3.96	-
190	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1.2160	6.13	-
191	5	C	F1190	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1.5689	4.46	0.00
192	5	C	F1200	Ligatura venelor si stripping	0.6616	3.37	0.00
193	5	C	F1211	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3.2385	7.98	1.00
194	5	C	F1212	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofale	1.2601	6.15	1.00

195	5	M	F3011	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1.3609	6.32	3.00
196	5	M	F3012	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	0.6553	3.91	2.00
197	5	M	F3013	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0.7561	2.87	0.00
198	5	M	F3020	Endocardita infectioasa	2.7471	19.14	1.00
199	5	M	F3031	Insuficienta cardiaca si soc cu CC catastrofale	1.6886	6.31	2.00
200	5	M	F3032	Insuficienta cardiaca si soc fara CC catastrofale	0.7561	5.73	2.00
201	5	M	F3041	Tromboza venoasa cu CC catastrofale sau severe	1.2538	6.82	1.00
202	5	M	F3042	Tromboza venoasa fara CC catastrofale sau severe	0.5734	5.73	-
203	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1.5689	5.75	-
204	5	M	F3061	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1.2853	5.06	1.00
205	5	M	F3062	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofale sau severe	0.4284	5.11	1.00
206	5	M	F3071	Ateroscleroza coronariana cu CC	0.5482	4.62	1.00
207	5	M	F3072	Ateroscleroza coronariana fara CC	0.2646	4.08	-
208	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0.7246	4.56	1.00
209	5	M	F3082	Hipertensiune fara CC	0.3528	4.59	-
210	5	M	F3090	Boala congenitala de inima	0.3780	3.68	-
211	5	M	F3101	Tulburari valvulare cu CC catastrofale sau severe	1.2034	5.11	2.00
212	5	M	F3102	Tulburari valvulare fara CC catastrofale sau severe	0.2520	3.77	-
213	5	M	F3111	Aritmie majora si stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0.9829	5.53	1.00
214	5	M	F3112	Aritmie majora si stop cardiac fara CC catastrofale sau severe	0.4473	4.34	1.00
215	5	M	F3121	Aritmie non-majora si tulburari de conducere cu CC catastrofale sau severe	0.9514	4.92	1.00
216	5	M	F3122	Aritmie non-majora si tulburari de conducere fara CC catastrofale sau severe	0.3654	3.56	1.00
217	5	M	F3131	Angina instabila cu CC catastrofale sau severe	0.8317	5.11	2.00
218	5	M	F3132	Angina instabila fara CC catastrofale sau severe	0.4221	3.93	-
219	5	M	F3141	Sincopa si colaps cu CC catastrofale sau severe	0.7876	4.70	-
220	5	M	F3142	Sincopa si colaps fara CC catastrofale sau severe	0.2961	3.20	-
221	5	M	F3150	Durere toracica	0.2646	2.64	-
222	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2.0414	6.42	2.00
223	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0.9892	5.70	1.00
224	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofale sau severe	0.5230	3.89	-
225	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0.9577	5.75	1.00

226	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0.1764	0.00	-
227	6	A	G2020	Colonoscopie complexa	0.4032	4.79	-
228	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1.5437	3.63	0.00
229	6	A	G2032	Alte colonoscopii fara CC catastrofale sau severe	0.6364	2.98	0.00
230	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0.2079	0.00	-
231	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0.7687	3.79	0.00
232	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0.1701	0.00	-
233	6	A	G2051	Gastroscopie complexa cu CC catastrofale sau severe	1.8335	4.30	0.00
234	6	A	G2052	Gastroscopie complexa fara CC catastrofale sau severe	0.8380	3.32	0.00
235	6	A	G2053	Gastroscopie complexa, de zi	0.2394	0.00	-
236	6	C	G1011	Rezectie rectala cu CC catastrofale	4.6940	13.20	1.00
237	6	C	G1012	Rezectie rectala fara CC catastrofale	2.6841	11.36	1.00
238	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros cu CC catastrofale	4.4356	10.58	1.00
239	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros fara CC catastrofale	2.1359	7.93	1.00
240	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului cu stare maligna	5.0909	9.61	2.00
241	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna cu CC catastrofale sau severe	3.8182	6.50	1.00
242	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna fara CC catastrofale sau severe	1.3672	3.58	0.00
243	6	C	G1041	Aderente peritoneale varsta >49 cu CC	2.8920	6.46	1.00
244	6	C	G1042	Aderente peritoneale varsta >49 sau cu CC	1.7579	4.65	1.00
245	6	C	G1043	Aderente peritoneale varsta <50 fara CC	1.0459	3.92	1.00
246	6	C	G1051	Proceduri minore pe intestinul subtire si gros cu CC	1.9532	7.29	1.00
247	6	C	G1052	Proceduri minore pe intestinul subtire si gros fara CC	1.0963	5.40	1.00
248	6	C	G1060	Piloromiotomie	1.0648	5.86	-
249	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1.6886	4.89	0.00
250	6	C	G1072	Apendicectomie fara CC catastrofale sau severe	0.8443	3.75	0.00
251	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.0018	5.84	0.00
252	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofale sau severe	0.5923	4.37	0.00
253	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinala si femurala varsta >0	0.5797	4.18	0.00
254	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie varsta <1	0.5293	3.29	0.00
255	6	C	G1111	Proceduri anale si la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1.2097	4.42	0.00

256	6	C	G1112	Proceduri anale si la nivelul stomei fara CC catastrofale sau severe	0.4221	3.81	0.00
257	6	C	G1121	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2.8479	6.41	1.00
258	6	C	G1122	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofale sau severe	0.8317	5.48	0.00
259	6	M	G3011	Stare maligna digestiva cu CC catastrofale sau severe	0.9766	3.86	1.00
260	6	M	G3012	Stare maligna digestiva fara CC catastrofale sau severe	0.5041	2.97	0.00
261	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinala varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.4978	5.08	2.00
262	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinala varsta <65 fara CC catastrofale sau severe	0.2583	3.27	-
263	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0.9199	4.57	-
264	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0.2205	4.30	-
265	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0.5356	3.60	-
266	6	M	G3061	Ocluzie intestinala cu CC	0.9703	4.27	1.00
267	6	M	G3062	Ocluzie intestinala fara CC	0.4473	3.77	-
268	6	M	G3071	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0.4725	3.20	1.00
269	6	M	G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0.2331	2.67	-
270	6	M	G3081	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofale/severe	0.8065	4.64	2.00
271	6	M	G3082	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC catastrofale/severe	0.2709	4.00	1.00
272	6	M	G3091	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0.7498	3.39	2.00
273	6	M	G3092	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC	0.3402	3.08	-
274	6	M	G3100	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani	0.3717	2.47	1.00
275	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0.7813	3.93	1.00
276	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0.2394	3.25	0.00
277	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1.9469	6.96	2.00
278	7	A	H2021	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	2.0099	5.99	0.00
279	7	A	H2022	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofale sau severe	0.8380	4.70	-
280	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	1.8083	6.52	0.00
281	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderate	1.0144	4.73	-
282	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0.5860	4.64	-

283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofale	5.5572	9.66	1.00
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofale	2.4825	6.90	1.00
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofale	4.2340	7.41	1.00
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderate sau severe)	2.3753	5.15	1.00
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1.3294	5.25	0.00
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2.4320	5.33	1.00
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofale sau severe	1.0648	4.31	0.00
290	7	C	H1040	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare si pancreatice	2.4825	5.26	1.00
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisa cu explorarea inchisa a CBP sau cu CC catastrofale	3.4780	8.41	1.00
292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisa fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale	1.5563	8.58	1.00
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopica cu explorarea inchisa a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.7075	4.89	1.00
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale sau severe	0.8443	3.61	0.00
295	7	M	H3011	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC catastrofale	1.9406	7.03	2.00
296	7	M	H3012	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC severe	0.9136	6.33	2.00
297	7	M	H3013	Ciroza si hepatita alcoolica fara CC catastrofale sau severe	0.4347	5.50	1.00
298	7	M	H3021	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1.3987	4.75	1.00
299	7	M	H3022	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 fara CC catastrofale sau severe) sau fara CC catastrofale	0.6301	3.74	1.00
300	7	M	H3031	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofale sau severe	1.4428	6.48	3.00
301	7	M	H3032	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofale sau severe	0.5797	5.20	3.00
302	7	M	H3041	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996	4.87	2.00
303	7	M	H3042	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0.4095	4.29	1.00
304	7	M	H3051	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0.8569	4.57	1.00
305	7	M	H3052	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0.3465	3.71	0.00
306	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5.7966	13.64	1.00
307	8	C	I1021	Transfer de tesut microrvascular sau (grefa de piele cu CC catastrofale sau severe), cu exceptia mainii	6.9181	5.78	0.00
308	8	C	I1022	Grefe pe piele fara CC catastrofale sau severe, cu exceptia mainii	2.7534	4.55	0.00

309	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofale sau severe	6.1935	12.56	1.00
310	8	C	I1032	Inlocuire sold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofale sau severe	3.3834	8.54	1.00
311	8	C	I1033	Inlocuire sold fara CC catastrofale sau severe	2.7597	8.47	1.00
312	8	C	I1040	Inlocuire si reatasare de genunchi	2.8920	7.60	1.00
313	8	C	I1050	Alte proceduri majore de inlocuire a articulatiilor si reatasare a unui membru	2.6652	5.81	1.00
314	8	C	I1060	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6.1683	12.30	2.00
315	8	C	I1070	Amputatie	4.8767	16.14	1.00
316	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului cu CC catastrofale sau severe	3.1188	9.58	1.00
317	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului fara CC catastrofale sau severe	1.9280	8.72	0.00
318	8	C	I1091	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofale sau severe	5.6517	6.27	0.00
319	8	C	I1092	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofale sau severe	3.0432	5.62	0.00
320	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului cu CC catastrofale sau severe	2.6967	7.47	0.00
321	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului fara CC catastrofale sau severe	1.3546	5.49	0.00
322	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2.0603	5.37	0.00
323	8	C	I1121	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4.9334	8.54	0.00
324	8	C	I1122	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC severe	2.6274	5.23	0.00
325	8	C	I1123	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv fara CC catastrofale sau severe	1.3546	4.84	0.00
326	8	C	I1131	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei cu CC catastrofale sau severe	2.9298	6.70	0.00
327	8	C	I1132	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	1.6004	7.32	0.00
328	8	C	I1133	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	1.2034	5.92	0.00
329	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputatie	1.4870	6.30	-
330	8	C	I1150	Chirurgie cranio-faciala	1.9343	7.06	1.00
331	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umarului	0.8695	2.76	0.00
332	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-faciala	1.4113	5.23	-
333	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0.5167	2.83	0.00
334	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului si antebratului	0.9829	3.99	0.00
335	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0.7939	4.33	0.00

336	8	C	I1210	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului si femurului	0.8506	4.33	0.00
337	8	C	I1220	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur	0.4221	2.65	0.00
338	8	C	I1230	Artroscopie	0.4536	2.13	0.00
339	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor si a incheieturilor, incluzand biopsia	1.8146	3.61	0.00
340	8	C	I1251	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2.1422	4.76	0.00
341	8	C	I1252	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofale sau severe	0.6868	3.56	0.00
342	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2.4699	3.82	0.00
343	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0.7435	2.93	0.00
344	8	C	I1270	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1.0711	2.54	0.00
345	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mainii	0.5545	2.53	0.00
346	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1.7579	4.76	-
347	8	M	I3020	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1.3483	4.53	-
348	8	M	I3030	Entorse, luxatii si dislocari ale soldului, pelvisului si coapsei	0.5356	3.58	0.00
349	8	M	I3041	Osteomielita cu CC	2.0162	9.74	-
350	8	M	I3042	Osteomielita fara CC	0.7120	7.02	-
351	8	M	I3051	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofale sau severe	1.3609	4.79	0.00
352	8	M	I3052	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofale sau severe	0.5671	3.29	0.00
353	8	M	I3061	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2.2178	4.55	2.00
354	8	M	I3062	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofale sau severe	0.4221	3.88	-
355	8	M	I3071	Artrita septica cu CC catastrofale sau severe	2.3564	9.94	-
356	8	M	I3072	Artrita septica fara CC catastrofale sau severe	0.7939	6.87	-
357	8	M	I3081	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1.3294	5.28	1.00
358	8	M	I3082	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0.6049	4.54	0.00
359	8	M	I3083	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0.1890	0.00	-
360	8	M	I3091	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 cu CC catastrofale sau severe	1.5626	6.06	-
361	8	M	I3092	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.5923	4.41	0.00
362	8	M	I3093	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0.2898	3.55	0.00
363	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0.5482	5.34	-
364	8	M	I3111	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 cu CC	0.8695	7.35	-

365	8	M	I3112	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 sau cu CC	0.4032	4.03	-
366	8	M	I3113	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC	0.2646	2.88	-
367	8	M	I3121	Tulburari musculotendinoase specifice varsta >79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.2034	5.41	-
368	8	M	I3122	Tulburari musculotendinoase specifice varsta <80 fara CC catastrofale sau severe	0.3339	3.61	0.00
369	8	M	I3131	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1.7768	5.14	-
370	8	M	I3132	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6427	4.22	0.00
371	8	M	I3133	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0.3465	3.10	0.00
372	8	M	I3141	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 cu CC	1.1026	3.83	-
373	8	M	I3142	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC	0.4284	2.71	0.00
374	8	M	I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC	0.2835	2.18	0.00
375	8	M	I3151	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta >64 cu CC	1.3861	4.49	0.00
376	8	M	I3152	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta >64 sau cu CC	0.5860	3.40	0.00
377	8	M	I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC	0.2961	2.77	0.00
378	8	M	I3161	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 cu CC	1.1467	6.32	-
379	8	M	I3162	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 sau cu CC	0.4788	3.90	0.00
380	8	M	I3163	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC	0.2583	2.55	0.00
381	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2.0477	5.61	-
382	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofale sau severe	0.9262	4.71	-
383	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1.2979	6.56	1.00
384	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofale sau severe	0.4284	5.07	1.00
385	9	C	J1010	Transfer de tesut microvascular pentru piele, tesut subcutanat si tulburari ale sanului	4.8137	10.11	1.00
386	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1.2097	6.02	1.00
387	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.9829	3.67	0.00
388	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0.5482	3.31	0.00
389	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.3780	2.69	0.00
390	9	C	J1041	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2.0918	4.19	0.00
391	9	C	J1042	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare fara CC catastrofale sau severe	0.6112	3.54	0.00

392	9	C	J1050	Proceduri perianale si pilonidale	0.4978	3.53	0.00
393	9	C	J1060	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirurgie plastica la nivelul sanului	0.4473	3.22	0.00
394	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului	0.2709	3.50	0.00
395	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofale	4.7444	8.79	0.00
396	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale cu grefa de piele/lambou de reparare	2.6148	14.33	-
397	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale fara grefa de piele/lambou de reparare	1.7768	5.94	0.00
398	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofale sau severe)	2.4194	6.12	-
399	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara (grefa de piele si (CC catastrofale sau severe)	0.8947	4.74	0.00
400	9	C	J1100	Reaconstructii majore ale sanului	3.5347	6.19	-
401	9	M	J3011	Ulceratii ale pielii	1.4491	5.68	2.00
402	9	M	J3012	Ulceratie ale pielii, de zi	0.1260	0.00	-
403	9	M	J3021	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6742	3.81	1.00
404	9	M	J3022	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofale sau severe)	0.2394	2.57	0.00
405	9	M	J3030	Tulburari nemaligne ale sanului	0.2772	2.70	0.00
406	9	M	J3041	Celulita varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1.3420	7.51	1.00
407	9	M	J3042	Celulita (varsta >59 fara CC catastrofale sau severe) sau varsta <60	0.5608	5.19	1.00
408	9	M	J3051	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta >69	0.5545	4.59	2.50
409	9	M	J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70	0.2709	3.01	1.00
410	9	M	J3061	Tulburari minore ale pielii	0.5923	3.71	0.00
411	9	M	J3062	Tulburari minore ale pielii, de zi	0.1575	0.00	-
412	9	M	J3071	Tulburari majore ale pielii	0.9199	4.26	1.00
413	9	M	J3072	Tulburari majore ale pielii, de zi	0.0882	0.00	-
414	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC, de zi	0.3843	0.00	-
415	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3.7867	8.73	0.00
416	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiza	2.7849	8.17	1.00
417	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2.6085	7.55	1.00
418	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1.5689	3.66	0.00
419	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1.2664	4.05	0.00

420	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1.1152	3.78	1.00
421	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1.3357	3.63	-
422	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0.6616	4.60	0.00
423	10	C	K1090	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional si metabolic	2.7849	5.59	1.00
424	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1.2790	5.48	2.00
425	10	M	K3012	Diabet fara CC catastrofale sau severe	0.5734	4.75	2.00
426	10	M	K3020	Perturbare nutritionala severa	2.3060	5.12	1.00
427	10	M	K3031	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofale	1.5185	5.63	2.00
428	10	M	K3032	Diverse tulburari metabolice varsta >74 sau cu CC severe	0.7246	3.92	2.00
429	10	M	K3033	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0.3843	2.80	1.00
430	10	M	K3040	Erori innascute de metabolism	0.4158	2.87	-
431	10	M	K3051	Tulburari endocrine cu CC catastrofale sau severe	1.4239	3.30	1.00
432	10	M	K3052	Tulburari endocrine fara CC catastrofale sau severe	0.4851	2.83	0.50
433	11	A	L2010	Ureteroscopie	0.6238	3.25	0.00
434	11	A	L2020	Cistoureoscopie, de zi	0.2016	0.00	-
435	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0.3969	2.96	-
436	11	C	L1011	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofale sau severe	4.0576	12.27	-
437	11	C	L1012	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofale sau severe	1.1971	4.67	-
438	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4.1332	7.84	1.00
439	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofale sau severe	2.7345	6.04	1.00
440	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3.6229	4.45	0.00
441	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1.8461	4.31	0.00
442	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne fara CC	1.2790	4.18	0.00
443	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	2.2241	7.08	0.00
444	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0.8821	7.28	1.00
445	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1.9847	4.49	0.00
446	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofale sau severe	0.6364	4.26	0.00
447	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1.2790	4.64	0.00

448	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofale sau severe	0.5230	3.97	0.00
449	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0.8569	4.36	0.00
450	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fara CC	0.5419	3.65	0.00
451	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	4.9460	4.95	1.00
452	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC severe	2.1233	3.94	0.00
453	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	1.0459	3.09	0.00
454	11	M	L3011	Insuficienta renala cu CC catastrofale	2.2556	7.27	2.00
455	11	M	L3012	Insuficienta renala cu CC severe	1.2160	5.88	1.00
456	11	M	L3013	Insuficienta renala fara CC catastrofale sau severe	0.6364	4.41	1.00
457	11	M	L3020	Internare pentru dializa renala	0.0945	21.00	-
458	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1.2601	4.50	0.00
459	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.6112	2.74	0.00
460	11	M	L3041	Infectii ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	1.6445	6.66	2.00
461	11	M	L3042	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta >69 sau cu CC severe	0.7435	5.43	1.00
462	11	M	L3043	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	0.4284	4.22	1.00
463	11	M	L3050	Pietre si obstructie urinara	0.3276	3.13	0.00
464	11	M	L3061	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0.9262	3.88	0.00
465	11	M	L3062	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.3339	3.38	0.00
466	11	M	L3070	Strictura uretrala	0.3528	3.52	0.00
467	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	2.0603	7.41	-
468	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC severe	0.8947	4.50	0.00
469	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.3087	3.24	0.00
470	12	A	M2010	Cistouretoscopie fara CC, de zi	0.1890	0.00	-
471	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la barbat	2.7723	9.46	1.00
472	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	1.6823	6.82	0.00
473	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0.8695	6.47	0.00
474	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1.0963	3.17	0.00
475	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0.5734	2.62	0.00

476	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1.0711	3.37	0.00
477	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0.4410	3.34	0.00
478	12	C	M1050	Circumcizie	0.3213	2.22	0.00
479	12	C	M1061	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1.9217	2.88	0.00
480	12	C	M1062	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0.6049	5.26	0.00
481	12	M	M3011	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1.0081	4.33	0.00
482	12	M	M3012	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofale sau severe	0.3465	2.46	0.00
483	12	M	M3021	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofale sau severe	1.0837	3.61	0.00
484	12	M	M3022	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofale sau severe	0.2835	3.39	-
485	12	M	M3031	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0.7687	4.53	0.00
486	12	M	M3032	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0.3402	3.63	0.00
487	12	M	M3040	Sterilizare, barbati	0.2646	1.00	-
488	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0.2520	2.74	0.00
489	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afectiuni ale sistemul reproductiv feminin	0.1890	0.00	-
490	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului si vulvectomie radicala	3.3456	9.41	1.00
491	13	C	N1021	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3.0243	6.06	1.00
492	13	C	N1022	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1.6949	4.65	1.00
493	13	C	N1031	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2.5833	4.24	1.00
494	13	C	N1032	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1.5878	3.39	1.00
495	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemaligna	1.1719	6.02	1.00
496	13	C	N1051	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1.9784	5.93	1.00
497	13	C	N1052	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofale sau severe	0.9955	4.61	1.00
498	13	C	N1060	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0.9514	4.70	1.00
499	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin si anexe pentru stare nemaligna	0.5104	2.43	0.00
500	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0.4536	3.77	1.00
501	13	C	N1090	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei	0.3087	2.49	0.00

502	13	C	N1100	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica	0.2898	2.03	0.00
503	13	C	N1111	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta >64 cu stare maligna sau cu CC	2.8668	2.90	0.00
504	13	C	N1112	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC	0.3717	1.84	0.00
505	13	M	N3011	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1.0963	4.54	1.00
506	13	M	N3012	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin fara CC catastrofale sau severe	0.5797	2.82	1.00
507	13	M	N3020	Infectii, sistem reproductiv feminin	0.3969	3.15	0.00
508	13	M	N3031	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0.4347	2.86	0.00
509	13	M	N3032	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0.1827	2.35	0.00
510	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcina, nastere sau lauzie	0.1890	0.00	-
511	14	C	O1011	Nastere prin cezariana cu CC catastrofale	2.3123	5.18	1.00
512	14	C	O1012	Nastere prin cezariana cu CC severe	1.5752	4.79	1.00
513	14	C	O1013	Nastere prin cezariana fara CC catastrofale sau severe	1.2223	4.62	1.00
514	14	C	O1021	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1.2412	4.46	0.00
515	14	C	O1022	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0.9388	4.35	0.00
516	14	C	O1030	Sarcina ectopica	0.8128	4.20	1.00
517	14	C	O1040	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.5860	2.62	0.00
518	14	C	O1050	Avort cu proceduri in sala de operatii	0.2835	1.98	0.00
519	14	M	O3011	Nastere vaginala cu CC catastrofale sau severe	1.0270	4.42	0.00
520	14	M	O3012	Nastere vaginala fara CC catastrofale sau severe	0.7309	4.38	1.00
521	14	M	O3013	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0.6238	3.90	0.00
522	14	M	O3020	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.3402	5.47	0.00
523	14	M	O3030	Avort fara proceduri in sala de operatii	0.2394	2.32	-
524	14	M	O3041	Travaliu fals inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofale	0.3276	2.71	-
525	14	M	O3042	Travaliu fals dupa 37 saptamani fara CC catastrofale	0.1449	2.27	-
526	14	M	O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0.3654	2.81	0.00
527	14	M	O3052	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice, de zi	0.0945	0.00	-
528	15	C	P1010	Nou- nascut externat ca decedat sau transfer, la interval <5 zile de internare,, cu proceduri semnificative in sala de operatii	0.7561	1.82	-
529	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-nascuti	15.7327	41.76	20.50
530	15	C	P1030	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	12.4375	29.80	-

531	15	C	P1040	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	9.9109	42.10	14.50
532	15	C	P1050	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	6.4140	23.29	15.00
533	15	C	P1061	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	10.1629	27.07	15.00
534	15	C	P1062	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme multiple majore	3.2700	9.56	8.00
535	15	M	P3011	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu diagnostic neonatal	0.2709	1.21	1.00
536	15	M	P3012	Nou- nascut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval <5zile de la internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara diagnostic neonatal	0.4536	1.18	1.00
537	15	M	P3020	Nou- nascut, greutate la internare < 750 g	22.6886	26.27	-
538	15	M	P3030	Nou- nascut, greutate la internare 750-999 g	15.7579	22.98	17.50
539	15	M	P3040	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1249 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	6.0801	8.03	-
540	15	M	P3050	Nou- nascut, greutate la internare 1250-1499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	4.5113	12.87	8.00
541	15	M	P3061	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	4.6751	14.80	9.00
542	15	M	P3062	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	3.1944	10.23	7.00
543	15	M	P3063	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	2.3312	8.38	5.00
544	15	M	P3064	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	2.1296	5.52	-
545	15	M	P3071	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2.5581	10.47	6.00
546	15	M	P3072	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	2.0918	5.92	4.00
547	15	M	P3073	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	1.4176	5.32	3.00
548	15	M	P3074	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0.6301	4.25	-
549	15	M	P3081	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2.2934	6.07	5.00
550	15	M	P3082	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	1.3042	4.04	3.00
551	15	M	P3083	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	0.7309	3.75	2.00

552	15	M	P3084	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0.3150	3.18	2.00
553	16	C	Q1010	Splenectomie	2.3753	9.44	1.00
554	16	C	Q1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopietice cu CC catastrofale sau severe	3.3582	4.69	1.00
555	16	C	Q1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopietice fara CC catastrofale sau severe	0.6175	4.56	1.00
556	16	M	Q3011	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1.5563	4.14	3.00
557	16	M	Q3012	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe cu stare maligna	0.7120	2.77	-
558	16	M	Q3013	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe fara stare maligna	0.2331	3.43	1.00
559	16	M	Q3021	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofale	1.3168	5.32	1.00
560	16	M	Q3022	Tulburari ale globulelor rosii cu CC severe	0.6490	4.75	0.00
561	16	M	Q3023	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofale sau severe	0.2268	4.14	0.00
562	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0.3969	4.84	1.00
563	17	C	R1011	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	6.3195	6.44	1.00
564	17	C	R1012	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	2.0162	5.32	1.00
565	17	C	R1021	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	3.3960	6.24	1.00
566	17	C	R1022	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	1.8398	3.60	0.00
567	17	C	R1031	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4.8767	7.96	0.00
568	17	C	R1032	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0.9892	3.86	0.00
569	17	C	R1041	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1.5248	3.42	0.00
570	17	C	R1042	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0.7120	3.15	0.00
571	17	M	R3011	Leucemie acuta cu CC catastrofale	5.3870	10.95	0.00
572	17	M	R3012	Leucemie acuta cu CC severe	1.0648	3.84	0.00
573	17	M	R3013	Leucemie acuta fara CC catastrofale sau severe	0.6112	3.46	-
574	17	M	R3021	Limfom si leucemie non-acuta cu CC catastrofale	3.0936	5.46	1.00
575	17	M	R3022	Limfom si leucemie non-acuta fara CC catastrofale	1.0207	3.68	0.00
576	17	M	R3023	Limfom si leucemie non-acuta, de zi	0.1323	0.00	-

577	17	M	R3031	Alte tulburari neoplazice cu CC	1.1656	3.45	0.00
578	17	M	R3032	Alte tulburari neoplazice fara CC	0.4914	2.94	0.00
579	17	M	R3040	Chimioterapie	0.1512	3.45	-
580	17	M	R3050	Radioterapie	0.4095	2.00	
581	18	C	T1011	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC catastrofale	5.6769	9.43	1.00
582	18	C	T1012	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC severe sau moderate	2.4888	5.93	0.00
583	18	C	T1013	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare fara CC	1.3231	7.11	0.00
584	18	M	S3010	HIV, de zi	0.1890	0.00	-
585	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5.4627	6.31	3.00
586	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2.4320	4.58	-
587	18	M	S3023	Boli conexe HIV fara CC catastrofale sau severe	1.5941	4.33	-
588	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1.7327	8.63	2.00
589	18	M	T3012	Septicemie fara CC catastrofale sau severe	0.8254	5.34	2.00
590	18	M	T3021	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.9514	9.27	-
591	18	M	T3022	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0.5545	6.03	-
592	18	M	T3031	Febra de origine necunoscuta cu CC	0.8443	4.00	-
593	18	M	T3032	Febra de origine necunoscuta fara CC	0.3969	3.30	-
594	18	M	T3041	Boala virala varsta >59 sau cu CC	0.5734	4.49	3.00
595	18	M	T3042	Boala virala varsta <60 fara CC	0.3087	3.56	-
596	18	M	T3051	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1.8146	5.50	2.00
597	18	M	T3052	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofale sau severe	0.5608	4.83	1.00
598	19	A	U2010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1197	0.00	-
599	19	M	U3010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1134	0.00	-
600	19	M	U3021	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2.3942	21.81	
601	19	M	U3022	Tulburari schizofrenice fara statut legal al sanatatii mentale	1.3168	11.71	2.00
602	19	M	U3031	Paranoia si tulburare psihica acuta cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1.9280	10.93	-
603	19	M	U3032	Paranoia si tulburare psihica acuta fara CC catastrofale/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0.9325	9.87	-
604	19	M	U3041	Tulburari afective majore varsta >69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2.2367	9.23	2.00
605	19	M	U3042	Tulburari afective majore varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	1.4996	8.56	1.00

606	19	M	U3050	Alte tulburari afective si somatoforme	0.8695	6.81	-
607	19	M	U3060	Tulburari de anxietate	0.6553	5.73	-
608	19	M	U3070	Supralimentatie si tulburari obsesiv-compulsive	3.3204	7.68	-
609	19	M	U3080	Tulburari de personalitate si reactii acute	0.8002	5.71	1.00
610	19	M	U3090	Tulburari mentale in copilarie	1.6634	4.03	0.00
611	20	M	V3011	Intoxicatie cu alcool si sevraj cu CC	0.5545	6.90	-
612	20	M	V3012	Intoxicatie cu alcool si sevraj fara CC	0.2457	5.22	-
613	20	M	V3020	Intoxicatii medicamentoase si sevraj	0.7309	9.38	-
614	20	M	V3031	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool	0.6805	7.40	-
615	20	M	V3032	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool, de zi	0.0882	0.00	-
616	20	M	V3041	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee	0.3843	8.20	-
617	20	M	V3042	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee, pacient plecat impotriva avizului medical	0.3591	3.41	-
618	20	M	V3050	Alte tulburari si dependente datorita consumului de droguri	0.3843	6.48	-
619	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traumatisme multiple semnificative	15.2538	27.36	12.00
620	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur si membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5.9478	13.90	2.00
621	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4.5617	12.92	3.00
622	21	C	W1040	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5.0405	12.36	2.00
623	21	C	X1010	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0.8380	3.88	0.00
624	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta >59 sau cu CC	1.8272	6.54	0.00
625	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta <60 fara CC	0.7624	4.35	1.00
626	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0.5545	3.01	0.00
627	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2.1611	5.26	0.00
628	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fara CC catastrofale sau severe	0.6553	4.34	0.00
629	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3.5158	9.48	0.00
630	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofale sau severe	1.5437	8.74	0.00
631	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS<5 zile	0.9766	1.47	1.00
632	21	M	W3020	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2.0036	6.93	3.00
633	21	M	X3011	Leziuni varsta >64 cu CC	0.8506	5.72	1.00
634	21	M	X3012	Leziuni varsta >64 fara CC	0.2772	4.36	-

635	21	M	X3013	Leziuni varsta <65	0.2268	3.60	0.00
636	21	M	X3020	Reactii alergice	0.2457	2.65	1.00
637	21	M	X3031	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta >59 sau cu CC	0.5860	2.65	1.00
638	21	M	X3032	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta <60 fara CC	0.2457	1.90	1.00
639	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0.9577	5.88	1.00
640	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofale sau severe	0.3906	4.80	-
641	21	M	X3051	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta >59 sau cu CC	0.6490	4.67	1.00
642	21	M	X3052	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta <60 fara CC	0.2268	3.67	-
643	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adancime completa	28.8695	29.68	13.00
644	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefa de piele varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5.9163	21.43	0.00
645	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefa de piele varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	1.9469	16.49	-
646	22	C	Y1030	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1.1971	9.29	0.00
647	22	M	Y2011	Alte arsuri varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1.5311	8.48	-
648	22	M	Y2012	Alte arsuri varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	0.4347	5.82	-
649	22	M	Y3010	Arsuri, pacienti trasferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0.2520	1.12	1.00
650	22	M	Y3020	Arsuri grave	0.9325	9.38	1.00
651	23	A	Z2010	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0.1701	1.85	-
652	23	C	Z1011	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate cu CC catastrofale/sever	1.0585	3.11	1.00
653	23	C	Z1012	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofale/sever	0.4536	3.32	0.00
654	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2.1989	6.35	2.00
655	23	M	Z3012	Reabilitare fara CC catastrofale sau severe	1.1341	3.41	-
656	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0.1575	0.00	-
657	23	M	Z3020	Semne si simptome	0.4410	3.91	-
658	23	M	Z3030	Monitorizare fara endoscopie	0.1890	7.87	-
659	23	M	Z3041	Alte post ingrijiri cu CC catastrofale sau severe	1.5122	3.35	0.00
660	23	M	Z3042	Alte post ingrijiri fara CC catastrofale sau severe	0.4914	2.66	-
661	23	M	Z3051	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0.5923	3.16	0.00
662	23	M	Z3052	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0.1323	0.00	-

663	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0.4410	3.33	-
664	24	C	91010	Proceduri extinse în sala de operații neînrudite cu diagnosticul principal	2.7534	8.07	1.00
665	24	C	91020	Proceduri neextinse în sala de operații, neînrudite cu diagnosticul principal	1.4365	8.14	-
666	24	C	91030	Proceduri în sala de operații ale prostatei neînrudite cu diagnosticul principal	3.4464		
667	24	M	93010	Negrupabile	0.6490		
668	24	M	93020	Diagnostice principale inacceptabile	0.1197	4.10	-
669	24	M	93030	Diagnostice neonatale neconcordante cu vârsta/greutatea	2.3438	5.00	-

1. "-" semnifică un număr insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi.
2. DMS a fost calculată pe baza cazurilor raportate și confirmate, din secții ce furnizează îngrijiri de tip acut, în perioada 01.01 – 31.12.2023.
3. Mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI la nivel național, a fost calculată luând în considerare toate cazurile raportate și confirmate în perioada 01.01 - 31.12.2023 pentru o anumită grupă de diagnostice, pentru care s-a înregistrat minim un transfer intraspitalicesc în secția Anestezie și terapie Intensivă - ATI.
4. M - categorie Medicală, C - Categorie chirurgicală, A - Alte categorii.

Definirea termenilor utilizați în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienților externți (în funcție de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate.

Categorii majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai largă a pacienților doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativă (VR): Număr fără unitate care exprimă raportul dintre tariful unui DRG și tariful mediu al tuturor DRG-urilor.

Coefficient atribuit în funcție de cantitatea relativă de muncă, consumabile și resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecțiunea/afecțiunile respective.

Groupier: aplicație computerizată (software) care permite alocarea automată a unui pacient într-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizează fiecare caz externat).

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat).

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării și cel al externării din spital.

Cazuri ponderate (CP): pacienți "virtuali" generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate și pentru cazurile echivalente.

$$\text{Nr. CP} = \sum (\text{VRDRG}_i \times \text{CRDRG}_i)$$

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienți tratați într-un spital, în funcție de diagnostic și gravitate.

Indicele de case-mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanță cu pacienții tratați.

$$\text{ICM pentru spitalul A} = \text{Total nr. cazuri ponderate (CP)} / \text{Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A}$$

Costul pe caz ponderat (Rata de bază) - CCP (RB): Valoare de referință, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

- pentru un spital:

$$\text{CCPs} = \text{bugetul aferent cazurilor acute} / \text{nr. total cazuri ponderate}$$

- la nivel național:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel național / nr. total cazuri ponderate

Tariful pe caz ponderat (TCP) - valoarea de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital.

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital.

$TCR = TCP \times ICM$

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

$TCDRG_i = TCP \times VRDRG_i$

Abrevieri:

CMD = Categoriile majore de diagnostice

DRG = Grupe de diagnostice

VR = Valoare Relativă

DS = Durată de spitalizare

CR = Cazuri rezolvate (externate)

CP = Cazuri ponderate

ICM = Indice de case-mix (indice de complexitate a cazurilor)

CCP = Costul pe caz ponderat

RB = Rata de bază

TCP = Tariful pe caz ponderat

TC = Tariful pe tip de caz