

ORDIN

pentru modificarea Anexei nr. 51 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022

Având în vedere:

- Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 129/2022 pentru modificarea art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, pentru prelungirea unor termene, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății;

- Referatul de aprobare nr. AR 18009 din 10.10.2022 al Ministerului Sănătății și nr. DG 3113 din 30.09.2022 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

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

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

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

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

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

Art. I. – Anexa nr. 51 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 642 și 642 bis din 30 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. La articolul 1, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Casele de asigurări de sănătate contractează pentru trimestrele II, III și IV ale anului 2022 cu unitățile sanitare cu paturi suma alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești după reținerea sumelor prevăzute la art. 91 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare. Sumele reținute la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor utiliza în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (2) din anexa nr. 23 la ordin.”

2. La articolul 1, alineatul (4), preambulul și subpunctele a1) și a3) de la litera a) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

3. La articolul 1 alineatul (4), preambulul și subpunctul 1 de la litera b) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

1. Numărul de cazuri estimate

Numărul de cazuri estimat a se realiza în trimestrele II, III și IV pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de cazurile externate total și pe secții realizate în anii 2019 - 2021 și trimestrul I al anului 2022, la nivelul spitalului (ținându-se cont de paturile contractate cu spitalul pe secție/compartiment, precum și de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății sau direcția de sănătate publică, după caz) și al județului. La stabilirea numărului de cazuri estimat a se realiza în trimestrele II, III și IV pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi în anii 2019 - 2021 și trimestrul I al anului 2022.

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

4. Articolul 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 3. - Decontarea serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se efectuează la nivelul realizat, prin încheiere de acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale, dacă a fost depășit nivelul contractat.

5. Articolul 8 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 8. – (1) Măsurile prevăzute la art. 1 și 2 din prezenta anexă sunt aplicabile până la data de 31 decembrie 2022.”

(2) Măsura prevăzută la art. 3 din prezenta anexă este aplicabilă serviciilor medicale de spitalizare de zi acordate începând cu luna octombrie 2022”.

Art. II. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**Ministrul sănătății,
Prof. Univ. Dr. Alexandru RAFILA**

**p. Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate,
Adela COJAN
Vicepreședinte**