

**1.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE
AL SPITALULUI
LUNA ANUL.....**

Secția	Nr. cazuri externat raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externat raportate și validate de SNSPMPDSB		Nr. cazuri externat raportate și nevalidate	ICM realizat pentru cazurile validate
		Nr. cazuri externat - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externat - numai cazuri reinternate și transferate*)		
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL SPITAL					

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic, cu semnătură electronică extinsă;

*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014;

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
SI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.2 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE
AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB:			ICM realizat ***)
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri reinternate și transferate		
			Nr. cazuri care au primit avizul comisiei de analiză*)	Nr. cazuri fără avizul comisiei de analiză**)	
TOTAL SPITAL					

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătură electronică extinsă și se utilizează pentru regularizarea trimestrială conform art. 9 alin. (1) lit. a) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

*) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

**) nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

***) ICM realizat este calculat pe baza cazurilor externate și validate, în perioada pentru care se face regularizarea;

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

Director general

**1.3 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x	x	x

Informațiile din formulare se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătură electronică extinsă; în coloanele C1 - C4 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iunie 2014 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 martie 2014, ora 10:50 se va completa 10.03.14.10:50)

**) Tipul de caz externat, raportat la SNSPMPDSB, se completează după caz, astfel:

- „0” pentru cazul invalidat;
- „1” pentru cazul externat validat;
- „2” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;
- „3” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

**1.4 RAPORT PRIVIND NUMĂRUL ZILELOR DE SPITALIZARE PESTE MEDIANA FIECĂREI GRUPE DRG ÎN
SECȚIA/COMPARTIMENTUL DE TERAPIE INTENSIVĂ A SPITALULUI.....
ÎN TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Nr. crt.	Categoria majoră de diagnostic (CMD) ¹	Categorie Medicală, Chirurgicală sau Altele (M/C/A) ¹	Grupa de diagnostic ¹	Număr zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de TI a spitalului*

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătură electronică extinsă.

Conform Anexei nr. 23 B II la Ordinul nr. 619/360/2014;

*) reprezintă diferența dintre numărul de zile de spitalizare realizate corespunzătoare fiecărei grupe de diagnostic și mediana aferentă aceleiași grupe de diagnostic prevăzută în Anexa nr. 23 B II la Ordinul nr. 619/360/2014.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1 DESFĂȘURĂTOR LUNAR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....

Nr. cazuri externate în perioada.....	ICM contractat ¹	Tarif pe caz ponderat ²	Suma de plată*)
C1	C2	C3	C4= C1 x C2 x C3

Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014;

² Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014;

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct. 1.1 din Anexa 3-b se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul de la pct. 1.1 din Anexa 3-b se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.2 DESFĂȘURATOR LUNAR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE PE LUNAANUL.....

Nr. cazuri externate, raportate în luna curentă	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	Nr. cazuri externate raportate și validate în luna anterioară ¹ reinternate și transferate	ICM contractat ²	Tarif pe caz ponderat ³	Suma realizată*	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ⁴
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7

Conform raportului 1.1 din Anexa 3 – a la prezentul ordin;

² Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014;

³ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014; decontarea cazurilor prevăzute la art. 96 alin. (3), respectiv alin. (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 9 alin. (3), respectiv alin. (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

⁴ C7 reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C6 din desfășurătorul 1.2 și suma din col. C4 din desfășurătorul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea

*) $C6 = (C1 - C2) \times C4 \times C5 - (C3 \times C4 \times C5 \times 50\%)$. Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. a) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: Desfășurătorul 1.2 din Anexa 3-b (continuare) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul 1.2 din Anexa 3-b (continuare) se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.3. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PE TRIMESTRUL/TRIMESTRELEANUL.....

Data externării * (se raportează în ordine cronologică) – zz..ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat (**)	Tarif pe caz ponderat ¹	Suma realizată****)	Suma contractată
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x			

¹ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014;

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iunie 2014 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 martie 2014, ora 10:50 se va completa 10.03.14.10:50)

**) Tipul de caz externat, raportat la SNSPMPDSB, se completează după caz, astfel:

- „1” pentru cazul externat validat;

- „2” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

- „3” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

****) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate;

*****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, astfel:

cu cifra „1” conform formulei : $C9=C6 \times C8$;

cu cifra „2” conform formulei : $C9=C6 \times C8$;

cu cifra „3” conform formulei: $C9=C6 \times C8 \times 50\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor-

*****) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate raportate și validate de SNSPMPDSB și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.3 din anexa 3 - a (continuare). Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

NOTĂ: Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-b (continuare) se întocmește trimestrial și se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.3.1 CENTRALIZATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PE TRIMESTRUL/TRIMESTRELEANUL.....

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate raportate și validate de SNSPMPDSB, în limita sumei contractate*1)			Tarif pe caz ponderat *2)	Suma realizată*3)	Suma contractată
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate				
		Cazuri ponderate care au primit avizul comisiei de analiză*)	Cazuri ponderate fără avizul comisiei de analiză**)			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL				x		

*) Conform art. 9 alin. (3) și (4) din anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

***) Număr de cazuri care au fost raportate lunar, număr de cazuri care nu au mai fost raportate, număr de cazuri care au fost raportate de spital, dar care, ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate.

*1) Total col. C2 + total col. C3 + total col. C4 <= total col. C6 din desfășurătorul 1.3 din anexa 3-b (continuare).

*2) Conform anexei 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014;

*3) Suma realizată se calculează conform formulei $C6 = [(C2 + C3) \times C5] + (C4 \times C5 \times 50\%)$.

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. a) punctul 2 din anexa 23 la Ordinul nr. 619/360/2014. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTE:

1. Centralizatorul 1.3.1 din anexa 3-b (continuare) se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, centralizatorul 1.3.1 din Anexa 3-b (continuare) se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

2. Centralizatorul 1.3.1 din anexa 3-b (continuare) se întocmește după validarea de către casa de asigurări de sănătate a datelor din desfășurătorul 1.3 și pentru un număr de cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate și validate de SNSPMPDSB a căror contravaloare se încadrează în suma contractată.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFECTIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE
PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI
LUNA ANUL.....**

1.1. a

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate reinternate și transferate	
TOTAL SPITAL				

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

1.1. b

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
TOTAL SPITAL			

*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2) și îngrijiri paliative (cod secție 1061_PAL), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic, cu semnătură electronică extinsă.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
SI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.2 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE
PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTERELE ANUL.....**

1.2. a

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externe raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externe raportate și validate de SNSPMPDSB			Nr. cazuri externe raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externe fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externe reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externe reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză	
TOTAL SPITAL					

*) Secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

1.2. b

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externe raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externe raportate și validate de SNSPMPDSB	Nr. cazuri externe raportate și nevalidate
TOTAL SPITAL			

*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2) și îngrijiri paliative (cod secție 1061_PAL), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în perioada pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătură electronică extinsă.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI
COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

Secție/compartiment*	Nr. cazuri externate realizate	Durata de spitalizare ¹	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C2xC3xC5 sau C6=C4 x C5
TOTAL SPITAL					

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Se va completa lunar în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;
durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. 619/360/2014;

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: Desfășurătorul 1.1 din Anexa 3-d se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul 1.1 din Anexa 3-d se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.2 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI
COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU LUNA.....ANUL.....**

1.2. a

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate în luna curenta	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate in luna anterioara ¹	Nr. cazuri externate raportate și validate in luna anterioara ¹ (reinternate și transferate)	Durata de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = (C2 - C3) \times C5 \times C6 - C4 \times C5 \times C6 \times 50\%$
TOTAL SPITAL						

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS

***) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) pct. b1) subpct. 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; $C7 = (C2 - C3) \times C5 \times C6 - C4 \times C5 \times C6 \times 50\%$.

Conform tabelului 1.1.a din formularul 1.1 din Anexa nr. 3-c la prezentul ordin.

² Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. 619/360/2014 dacă durata medie efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS și este mai mare decât aceasta sau durata medie efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordinul nr. 619/360/2014.

1.2.b

Secția/ compartiment*)	Total zile spitalizare efectiv realizate **)	Total zile spitalizare invalidate aferente lunii anterioare ****)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	$C5 = (C2 - C3) \times C4$
TOTAL SPITAL				

*) în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2) serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

**) Se va completa lunar în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

***) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

****) se completează cu numărul de zile aferente lunii anterioare, corespunzătoare cazurilor invalidate de SNSPMPDSB.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă = suma realizată (col. C7 din tabelul 1.2.a +col. C5 din și 1.2.b) cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014, din care se scade suma din coloana C6 din desfășurătorul 1.1 din anexa 3-d corespunzător lunii pentru care se face decontarea.	Suma rămasă de plată pentru luna curentă
--	---

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: Desfășurătorul 1.2 din Anexa 3-d se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul 1.2 din Anexa 3-d se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.3 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,
PENTRU LUNA/TRIM.....ANUL.....**

Secția/compartiment*)	Nr. zile de spitalizare contractat	Nr. zile de spitalizare realizat	Tarif/zi de spitalizare contractat	Suma contractată	Sumă realizată**)
C0	C1	C2	C3	$C4=C1 \times C3$	$C5=C2 \times C3$
TOTAL SPITAL					

*) Secția/Compartimente de îngrijiri paliative prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) punctul b2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-d se întocmește bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) si cumulat pentru fiecare trimestru în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-d se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.4 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....

1.4.a

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externate, raportate și validate de SNSPMPDSB			Durata de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat	Suma realizată**)
	Nr. cazuri externate, raportate și validate ¹ (fără reinternate și transferate)	Nr. cazuri externate, raportate și validate ¹ reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate, raportate și validate ¹ reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = (C2+C3) \times C5 \times C6 + C4 \times C5 \times C6 \times 50\%$
TOTAL SPITAL				x	x	

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului. aprobată/avizată de MS.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b1) subpct. 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Conform tabelului 1.2.a din formularul 1.2 din Anexa nr. 3-c la prezentul ordin.

² Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. 619/360/2014 dacă durata medie efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS și de SNSPMPDSB este mai mare decât aceasta sau durata medie efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS și de SNSPMPDSB dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordin Ordinul nr. 619/360/2014.

1.4.b

Secția/ compartiment*)	Total zile spitalizare efectiv realizate	Total zile spitalizare invalidate aferente perioadei raportate***)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat	Suma realizată**
C1	C2	C3	C4	$C5 = (C2 - C3) \times C4$
TOTAL SPITAL			x	

*) în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în perioada pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) pct. b1) subpct. 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

***) se completează cu numărul de zile aferente perioadei raportate, corespunzătoare cazurilor invalidate de SNSPMPDSB.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: Desfășurătorul 1.4 din Anexa 3-d se întocmește trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii

medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul 1.4 din Anexa 3-d se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE
PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI
LUNA ANUL.....**

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB:		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate**	
TOTAL SPITAL				

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014.

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, electronic cu semnătură electronică extinsă;

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014;

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

**1.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/compartimentul	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	x	x	

Informațiile din formulare se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic; În coloanele C1÷C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 martie 2014, ora 10:50 se va completa 10.03.14.10:50)

***) Tipul de caz externat, raportat la SNSPMPDSB, se completează după caz, astfel:

- „0” pentru cazul invalidat;

- „1” pentru cazul externat validat;

- „2” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

- „3” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

****) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB

Informațiile din formulare se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic, cu semnătură electronică extinsă;

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.2.1 RAPORT CENTRALIZATOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB:		
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate**))	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză**))	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză**))
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL				

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic, cu semnătură electronică extinsă;

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014.

**) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 23 A LA ORDINUL NR. 619/360/2014, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externate realizate	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată**
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL			

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2), din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: Desfășurătorul 1.1 din Anexa 3-f se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul 1.1 din Anexa 3-f se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.2 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 23 A LA ORDINUL NR. 619/360/2014, PENTRU LUNA.....ANUL.....

Secția/compartiment*)	Nr. cazuri externate realizate în luna curentă	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	Nr. cazuri externate, raportate și validate în luna anterioară ¹ (reinternate și transferate)	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat**)	Suma realizată***)	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ²
C1	C2	C3	C4	C5	C6= (C2-C3)x C5-C4xC5x50%	C7
TOTAL SPITAL						

*) Secții/Compartimente de acuzi prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014.

***) conform art. 5 alin. (1) lit. a), punctul a6) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; decontarea cazurilor prevăzute la art. 96 alin. (3), respectiv alin. (4) din H.G. nr. 400/2014, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 9 alin. (3), respectiv alin. (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. c) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; Conform raportului 1.1 din Anexa nr. 3-e la prezentul ordin.

² Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C6 din desfășurătorul 1.2 și suma din col. C4 din desfășurătorul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: Desfășurătorul 1.2 din anexa 3-f (continuare) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul 1.2 din Anexa 3-f (continuare) se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.3 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 23 A LA ORDINUL NR. 619/360/2014, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/compartimentul	Tipul de caz externat **)	Tarif mediu pe caz rezolvat contractat	Suma realizată****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x	x	

Informațiile din formulare se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic; În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru cazurile validate pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iunie 2014 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 martie 2014, ora 10:50 se va completa 10.03.14.10:50)

***) Tipul de caz externat, raportat la SNSPMPDSB, se completează după caz, astfel:

- „1” pentru cazul externat validat;

- „2” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

- „3” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

****) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate

*****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C5, astfel:

cu cifra „1” conform formulei : $C7=C6$;

cu cifra „2” conform formulei : $C7=C6$;

cu cifra „3” conform formulei: $C7=C6 \times 50\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. c) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTĂ: Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-f (continuare) se întocmește trimestrial și se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.3.1 CENTRALIZATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 23 A LA ORDINUL NR. 619/360/2014, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB corespunzătoare sumei contractate:			Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma contractată	Suma realizată**
	Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL				x		

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014.

***) Suma realizată se calculează conform formulei $C7 = [(C2+C3) \times C5 + C4 \times C5 \times 50\%]$

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. c) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: 1. Centralizatorul 1.3.1 din Anexa 3-f (continuare) se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, centralizatorul 1.3.1 din Anexa 3-f (continuare) se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

2. Centralizatorul 1.3.1 din Anexa 3-f (continuare) se întocmește după validarea de către CAS a datelor din desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-f (continuare) și pentru un număr de cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB a căror contravaloare se încadrează în suma contractată.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.1 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE
BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
LUNA ANUL.....**

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic, cu semnătură electronică extinsă.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.1 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE
BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ
AL SPITALULUI
LUNA ANUL.....**

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfeționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic, cu semnătură electronică extinsă.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.1 C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE
BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
LUNA ANUL.....**

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfeționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic, cu semnătură electronică extinsă.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
SI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.2 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE
BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL	x		

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic, cu semnătură electronică extinsă.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.2 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE
BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL	x		

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfeționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic, cu semnătură electronică extinsă.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
SI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1. 2 C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE
BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB
C1	C2	C3
TOTAL SPITAL		

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic, cu semnătură electronică extinsă.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**2.1 CENTRALIZATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE
ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată**)
C1	C2	C3	C4	$C5 = C3 \times C4$
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată**)
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: Centralizatorul 2.1 din Anexa 3-h (continuare) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, centralizatorul 2.1 din Anexa 3-h (continuare) se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**2.2 CENTRALIZATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE
ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI AL SPITALULUI
PENTRU LUNA.....ANUL.....**

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate în luna curentă	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma realizată**)	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ²
C1	C2	C3	C4	C5	$C6 = (C3 - C4) \times C5$	C7
						x
						x
						x
TOTAL SPITAL	x			x		

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Conform raportului 1.1 A din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

² Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C6 din centralizatorul 2.2 A din Anexa nr. 3-h (continuare) și suma din col. C5 din centralizatorul 2.1 A din Anexa nr. 3-h (continuare) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalide în luna anterioară ¹	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată**)	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ²
C1	C2	C3	C4	C5	$C6 = (C3 - C4) \times C5$	C7
						x
						x
						x
TOTAL SPITAL	x			x		

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Conform raportului 1.1 B din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

² Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C6 din centralizatorul 2.2 B din Anexa nr. 3-h (continuare) și suma din col. C5 din centralizatorul 2.1 B din Anexa nr. 3-h (continuare) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalide în luna anterioară ¹	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată**)	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ²
C1	C2	C3	C4	$C5 = (C2 - C3) \times C4$	C6
					x
					x
					x

TOTAL SPITAL			x		
-----------------	--	--	---	--	--

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Conform raportului 1.1 C din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

²Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 din centralizatorul 2.2 C din Anexa nr. 3-h (continuare) și suma din col. C4 din centralizatorul 2.1 C din Anexa nr. 3-h (continuare) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: Centralizatorul 2.2 din Anexa 3-h (continuare) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, centralizatorul 2.2 din Anexa 3-h (continuare) se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**2.3 CENTRALIZATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE
ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....**

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma contractată	Suma realizată**
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3xC4
				x	
				x	
				x	
TOTAL SPITAL	x		x		

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Conform raportului 1.2 A din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma contractată	Suma realizată**
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3xC4
				x	
				x	
				x	
TOTAL SPITAL	x		x		

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Conform raportului 1.2 B din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma contractată	Suma realizată**
C1	C2	C3	C4	C5 = C2xC3
			x	
			x	
			x	

TOTAL SPITAL		x		
--------------	--	---	--	--

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Conform raportului 1.2 C din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ: Centralizatorul 2.3 din Anexa 3-h (continuare) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, centralizatorul 2.3 din Anexa 3-h (continuare) se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
SI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR/SERVICIILOR INVALIDATE
ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI.....
PENTRU LUNA/TRIMESTRUL.....**

Date de identificare al cazului/serviciului invalidat					REGULI DE VALIDARE*																	
Nr. crt.	Cod de identificare a cazului	Codul specific de identificare a vizitei	Numărul fișei de spitalizare de zi	Codul de identificare a secției	Grupa C																	
					01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	

Raportul se transmite de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătură electronică extinsă.

*) conform Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi precum și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea.