

ORDIN

privind modificarea și completarea Ordinului comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuți, pe baza clasificării spitalelor în funcție de competență

Având în vedere:

- Referatul de aprobare nr. FN 3315 din 02.04.2013 al Ministerului Sănătății și nr. 47689 din 02.04.2013 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

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

ART. I

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuți, pe baza clasificării spitalelor în funcție de competență, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 384 din 1 iunie 2011, se modifică și se completează după cum urmează:

1. Titlul ordinului se modifică și va avea următorul cuprins:

“Ordin privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuți”.

2. Articolul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ Art. 1

(1) Sumele minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienți acuți se stabilesc în funcție de clasificarea aprobată în condițiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările și completările ulterioare, precum și în funcție de prioritățile pentru sistemul de sănătate stabilite prin Ordinul nr. 1085/2012

privind măsuri de organizare și funcționare a spitalelor regionale de urgență și a unităților funcționale regionale de urgență.

(2) Suma minimă prevăzută la alin 1) se stabilește prin raportare la suma posibil de contractat în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital, conform Anexei care face parte integrantă din prezentul ordin.”

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

„Art. 5 - Pentru următoarele unități spitalicești suma minimă contractată în condițiile art. 1 nu poate fi mai mică de 95% din suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți:

- a) pentru spitalele clasificate în categoriile I și IM, în condițiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătății nr. 323/2011, cu modificările ulterioare
- b) pentru spitalele prevăzute în anexa 1 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1085/2012 și pentru Spitalul Clinic de Urgență București, Spitalul Universitar de Urgență București, Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" și Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara, spitale care asigură conducerea operativă a unităților funcționale prevăzute în anexa 3 la același ordin.”

4. Titlul Anexei se modifică și va avea următorul cuprins:

„Modalitatea de calcul al sumei minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienții acuți”

5. După articolul 2 din Anexa, se introduce un nou articol, articolul 2¹, cu următorul cuprins:

„Art. 2¹

(1) Pentru spitalele prevăzute la art. 5, lit. b) din prezentul ordin, suma minimă contractată cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți se calculează în conformitate cu formula: $S_m = S_p \times P\%$, numai dacă suma astfel calculată este mai mare decât cea rezultată prin calculul prevăzut la ART. 1 și 2.

(2) Pentru spitalele prevăzute în anexele 2 și 6 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1085/2012 precum și pentru alte spitale care participă cu structuri implicate în asigurarea asistenței medicale de urgență și terapie intensivă la constituirea unităților funcționale regionale de urgență prevăzute în anexa 3 la același ordin, suma minimă contractată cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți se calculează astfel: $S_m = S_p \times (P-3)\%$, numai dacă suma astfel calculată este mai mare decât cea rezultată prin calculul prevăzut la art. 1 și 2.”

6. Articolul 3 din Anexa, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 3

(1) Suma posibil de contractat în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital se calculează astfel:

$$S_p = N_r_pat \times I_U_pat / DMS_nat \times ICM \times TCP \times F1.$$

(2) În formula prevăzută la alin. (1), N_r_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, I_U_pat , DMS_nat , TCP și ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel național, tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix, care sunt

prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, iar F1 reprezintă factorul de corecție, care se calculează astfel:

$F1 = \frac{\text{numărul de medici cu contract de muncă sau contract de prestări servicii}}{\text{numărul minim de medici necesar pentru numărul de paturi aprobat și posibil de contractat, conform normativului de personal.}}$

(3) Factorul de corecție F1 se include în calculul formulei prevăzute la alin. (1) numai în situația în care valoarea lui este sub 1.

(4) Pentru anul 2013, în formula prevăzută la alin. (1) se ia în calcul o valoare a tarifului pe caz ponderat (TCP) de 1800 pentru institutele de oncologie și pentru spitalele prevăzute la alin. (1) al articolul 2¹, TCP de 1600 pentru institutele clinice și pentru spitalele prevăzute la alin. (2) al ART. 2¹, respectiv TCP de 1444 pentru celelalte spitale de urgență județene, pentru Spitalul Clinic de Urgența Militar Central, Spitalul de Urgența "Prof. dr. Dimitrie Gerota" și Spitalul Militar de Urgența "Prof. dr. Agrippa Ionescu".

(5) Pentru anul 2013, valoarea TCP la care s-a realizat decontarea în cursul anului 2012, pentru spitalele prevăzute la alin. (4), se utilizează în calculul formulei de la alin. (1) numai în situația în care această valoare este mai mare decât cele care sunt prevăzute la alin. (4) pentru spitalele respective.

(6) Pentru anul 2013, în formula prevăzută la alin. (1) se ia în calcul o valoare a TCP de 95,56% din valoarea TCP la care s-a realizat decontarea în cursul anului 2012 pentru toate spitalele care nu sunt prevăzute la alin. (4)."

ART. II

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu luna aprilie 2013.

Ministrul sănătății

Gheorghe Eugen Nicolăescu

**Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate**

Doru Bădescu

AVIZ DE LEGALITATE

**DIRECȚIA JURIDIC
ȘI CONTENCIOS ADMINISTRATIV
DIRECTOR
OCTAVIA IOSIF**