

ORDIN Nr. 862/547 din 31 mai 2011
privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de
sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienții acuți

Text actualizat.

Act de bază

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011

Acte modificatoare

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 24/6/2012

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1331/877/2012

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 449/195/2013

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 590/232/2013

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 851/384/2013

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1033/579/2013

Având în vedere:

- Referatul de aprobare nr. 6.345 din 31 mai 2011 al Ministerului Sănătății și nr. DG 2.073 din 31 mai 2011 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- Ordinul ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările 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. 1

(1) Sumele minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții 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 ministrului sănătății, interimar, nr. 1.085/2012 privind măsuri de organizare și funcționare a spitalelor regionale de urgență și a unităților funcționale regionale de urgență, cu modificările și completările ulterioare.

(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.

ART. 2

Valoarea procentului de referință se stabilește prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 3

Prin excepție de la prevederile art. 2, pentru anul 2011 valoarea procentului de referință este de 90%.

ART. 4

Capacitatea maximă de funcționare a spitalului se stabilește în funcție de indicatorii cantitativi, conform prevederilor din anexă.

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 și completările ulterioare;

b) pentru spitalele prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății, interimar, nr. 1.085/2012, cu modificările și completările ulterioare, 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" Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara și Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, spitale care asigură conducerea operativă a unităților funcționale prevăzute în anexa nr. 3 la același ordin.

ART. 6

Pentru anul 2011, suma minimă contractată de spitale în condițiile art. 1 nu poate fi mai mare de 130% din suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți.

ART. 6¹

Pentru anul 2013, suma minimă contractată de spitale în condițiile art. 1 nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% față de suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți.

ART. 6²

Prin excepție de la art. 6¹, pentru spitalele publice nou-intrate în contractare în anul 2012, suma minimă contractată de spitale în condițiile art. 1 nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% față de valoarea produsului rezultat din suma contractată în trimestrul 4 al anului 2012 pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți înmulțită cu 4.

ART. 7

Modalitatea de contractare a sumelor pentru serviciile medicale spitalicești care rămân nealocate după aplicarea prevederilor art. 1 se stabilește prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 8

În cazul în care prin prevederi legale ulterioare sunt acordate fonduri suplimentare pentru servicii medicale spitalicești, contractarea serviciilor de internare continuă pentru pacienții acuți, prin acte adiționale la contractele de prestări servicii încheiate între spitale și casele de asigurări de sănătate, se realizează direct proporțional cu sumele minime contractate în conformitate cu prevederile art. 1, dar fără a se depăși suma posibil de contractat în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital.

ART. 9

Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București duc la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

ART. 10

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

ANEXA 1

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

ART. 1

(1) Suma minimă contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuti (S_m) se calculează pe baza clasificării spitalelor în funcție de competențe, astfel:

- a) pentru categoria I: $S_m = S_p \times P\%$;
- b) pentru categoria IM: $S_m = S_p \times (P-4)\%$;
- c) pentru categoria II: $S_m = S_p \times (P-3)\%$;
- d) pentru categoria IIM: $S_m = S_p \times (P-5)\%$;
- e) pentru categoria III: $S_m = S_p \times (P-5)\%$;
- f) pentru categoria IV: $S_m = S_p \times (P-15)\%$;
- g) pentru categoria V: $S_m = S_p \times (P-23)\%$;
- h) pentru spitalele neclasificabile: $S_m = S_p \times (P-33)\%$.

(2) În formulele prevăzute la alin. (1), S_m reprezintă suma minimă contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuti, S_p reprezintă suma posibil de contractat în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital, iar P reprezintă valoarea procentului de referință pentru categoria I de clasificare.

ART. 2

La calcularea sumei minime contractate pentru spitalele care primesc o clasificare provizorie, în conformitate cu prevederile art. 5, Metodologia pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările ulterioare, în formulele de calcul prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. a) - g) se scad suplimentar două puncte procentuale din valoarea procentului de referință P .

ART. 2¹

(1) Pentru spitalele prevăzute la art. 5 lit. b) din ordin, suma minimă contractată cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuti 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 nr. 2 și 6 la Ordinul ministrului sănătății, interimar, nr. 1.085/2012, cu modificările și completările ulterioare, 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 nr. 3 la același ordin, suma minimă contractată cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuti 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.

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:

$F1$ = numărul de medici cu contract de muncă sau contract de prestări servicii/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 1.800 pentru institutele de oncologie, pentru Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș și pentru spitalele prevăzute la art. 2¹ alin. (1), de 1.600 pentru institutele clinice, Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Carol Davila" și

spitalele prevăzute la art. 2¹ alin. (2), respectiv de 1.444 pentru celelalte spitale de urgență județene, Spitalul de Urgență "Prof. dr. Dimitrie Gerota" și Spitalul Militar de Urgență "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 prevăzute 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).