

ORDIN

pentru modificarea și completarea Ordinului 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 Referatul de aprobare nr. din al Ministerului Sănătății și nr. din al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" și art. 693 din Titlul XVII „Înființarea, organizarea și funcționarea Institutului Național de Management al Serviciilor de Sănătate”, din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- art. XI din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 87/2022 pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 18/2009 privind organizarea și finanțarea rezidențiatului, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative privind unele măsuri din domeniul sănătății;

- 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 Hotărârea Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, 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. 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 și se completează după cum urmează:

1. În Anexa nr. 23, la articolul 9, litera b), punctul b1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„b1) pentru spitalele de boli cronice și pentru secțiile/compartimentele de cronici:

1. decontarea lunară în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă cronici se face în funcție de:

1.1. numărul de cazuri externate, raportate și validate

Numărul de cazuri externate și raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în

Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordin;

1.3. tariful pe zi de spitalizare negociat.

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 urmării 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, pneumoftiziologie adulți și copii, psihiatrie cronici, serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și validat pentru luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Prin excepție, în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În situația în care serviciile medicale spitalicești acordate persoanelor aflate sub incidența art. 109 și art. 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, depășesc nivelul contractat de furnizorii de servicii medicale spitalicești cu casele de asigurări de sănătate, se vor încheia în termen de 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate pentru spitalizare cronici în funcție de:

2.1. numărul de cazuri externate, raportate și validate pentru perioada de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii și până la sfârșitul trimestrului respectiv:

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2.2. durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută în anexa nr. 25 la ordin;

2.3. tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele 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, pneumoftiziologie adulți și copii, psihiatrie cronici, decontarea se face în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și validat pentru perioada de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii și până la sfârșitul trimestrului respectiv și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În cazul spitalelor/secțiilor pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și art. 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul Penal, cu modificările și completările ulterioare, nu se face regularizare trimestrială pentru serviciile medicale spitalicești acordate acestor categorii de persoane.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă cronici, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile cronice se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate, validate și decontate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate și validate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face nivelul contractat.

În situația în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare în situația în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. b), fără a se depăși media lunară a sumei stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. b), iar eventualele diferențe din nerealizări se diminuează prin act adițional.”

2. În Anexa nr. 23, la articolul 16, după alineatul (2), se introduce un nou alineat, alin. (2¹) cu următorul cuprins:

„(2¹) Prin excepție de la prevederile (2), pentru persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, la nivelul realizat. În situația în care serviciile medicale acordate acestor persoane depășesc nivelul contractat de furnizorii de servicii medicale spitalicești cu casele de asigurări de sănătate, se vor încheia în termen de 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate. Pentru serviciile medicale care depășesc nivelul contractat aferente lunilor iunie și iulie 2022, actele adiționale de suplimentare a sumelor contractate se pot încheia până la finalul lunii septembrie 2022, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.”

3. În Anexa nr. 23, la articolul 16, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați și, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli. Regularizarea și decontarea trimestrială se face până în ultima zi a lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate, raportate și validate conform contractului de furnizare de servicii medicale de la data de 1 aprilie 2022, respectiv de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii, după caz, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

În cazul spitalelor/secțiilor pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și art. 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul Penal, cu modificările și completările ulterioare, nu se face regularizare trimestrială pentru serviciile medicale spitalicești acordate acestor categorii de persoane.

4. În Anexa nr. 26, după articolul 7 se introduce un nou articol, art. 7¹ cu următorul cuprins:

„Art. 7¹. – (1) Prin excepție de la prevederile art. 5 lit. b) și j) și art. 7 alin. (6), pentru persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, la nivelul realizat.

(2) În situația în care serviciile medicale acordate acestor persoane depășesc nivelul contractat de furnizorii de servicii medicale spitalicești cu casele de asigurări de sănătate, se vor încheia în termen de 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

(3) Prin excepție de la prevederile alin. (2), pentru serviciile medicale care depășesc nivelul contractat aferente lunilor iunie și iulie 2022, actele adiționale de suplimentare a sumelor contractate se pot încheia până la finalul lunii septembrie 2022, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(4) Actele adiționale de suplimentare a valorii de contract pentru situațiile prevăzute la alin. (2), pentru acoperirea serviciilor acordate peste valoarea de contract, se vor încheia în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(5) Decontarea lunară pentru unitățile sanitare cu paturi a serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate persoanelor care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, se face potrivit prevederilor alin. (1) - (2), fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială.”

Art. II. – (1) Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(2) Prevederile prezentului ordin sunt aplicabile pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă în unitățile sanitare, începând cu data aplicării dispozițiilor art. XI din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 87/2022 pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 18/2009 privind organizarea și finanțarea rezidențiatului, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative privind unele măsuri din domeniul sănătății.

Art. III. – În tot cuprinsul 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare, sintagma " Școala Națională de Sănătate Publică, Management

și Perfecționare în Domeniul Sanitar București " se înlocuiește cu sintagma "Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate".

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

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

APROBAT
MINISTRUL SĂNĂTĂȚII
Prof. Univ. Dr. Alexandru RAFILA

APROBAT
p. PREȘEDINTE
Adela COJAN
Vicepreședinte

REFERAT

de aprobare a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru modificarea și completarea Ordinului 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 prevederile:

- art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" și art. 693 din Titlul XVII „Înființarea, organizarea și funcționarea Institutului Național de Management al Serviciilor de Sănătate”, din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- art. XI din OUG nr. 87/2022 pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 18/2009 privind organizarea și finanțarea rezidențiatului, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative privind unele măsuri din domeniul sănătății;

- 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;

- Ordinului 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, 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,

Propunem aprobarea Ordinului anexat, cu mențiunea că prevederile proiectului de act normativ au în vedere punerea în aplicare a reglementărilor art. XI din OUG nr. 87/2022 *pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 18/2009 privind organizarea și finanțarea rezidențiatului, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative privind unele măsuri din domeniul sănătății*, potrivit cărora, pentru persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, decontarea serviciilor medicale se efectuează la nivelul realizat. În situația în care serviciile medicale acordate acestor persoane depășesc nivelul contractat cu casele de asigurări de sănătate se vor încheia acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și normele sale de aplicare. Actele adiționale de suplimentare a valorii de contract pentru situațiile menționate anterior, pentru acoperirea serviciilor acordate peste valoarea de contract, se vor încheia în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

În coroborare cu prevederile art. 693 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în tot cuprinsul 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare, sintagma "Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București" se înlocuiește cu sintagma "Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate".

Având în vedere cele de mai sus, supunem aprobării prezentul referat și proiectul de Ordin anexat.

**Ministerul Sănătății
Secretar General,
Alexandru Mihai BORCAN**

**Casa Națională de Asigurări de Sănătate
Director General,
Călin Gheorghe FECHETE**