**Servicii medicale furnizate în unități sanitare cu paturi an 2023**

**Casa de Asigurări de Sănătate,** contractează servicii medicale spitalicești având în vedere indicatori specifici spitalelor.

**Contractarea serviciilor medicale spitalicești, spitalizare continuă**

. **Servicii medicale spitaliceşti pentru patologia care necesită internare în regim de spitalizare continuă:**

    **1. Spitalizarea continuă are o durată de peste 12 ore.**

    2. Asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de **tip acut** şi **îngrijiri de tip cronic** şi se acordă cu respectarea următoarelor **criterii de internare:**

    **a) naştere**;

    **b) urgenţe medico-chirurgicale** şi situaţiile în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial, ce necesită supraveghere medicală continuă;

**c) boli cu potenţial endemoepidemic** care necesită izolare şi tratament;

    d) bolnavi aflaţi sub incidenţa art. 109, 110, 124 şi 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi în cazurile dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, şi tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanţa de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum şi tratamentul pacienţilor din penitenciare ale căror afecţiuni necesită monitorizare şi reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital; bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată - ani;

**e) afecţiuni pentru care diagnosticul şi/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.**

**Se realizează pe baza unor indicatori, care sunt:**

1. **Indicatori cantitativi:**

 1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere şi numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

 2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii;

 3. **număr de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel judeţean stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii;** numărul de paturi contractabile pentru fiecare spital, se stabileşte cu încadrarea în numărul de paturi aprobat la nivel judeţean de către o comisie formată din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate şi ai direcţiei de sănătate publică/direcţiile medicale sau de structurile similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie şi se avizează de Ministerul Sănătăţii şi Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, pe baza fundamentărilor transmise de casele de asigurări de sănătate/direcţiile de sănătate publică şi avute în vedere la stabilirea numărului de paturi contractabile. Fundamentările transmise Ministerului Sănătăţii şi Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate se elaborează pe baza unei metodologii care are în vedere următoarele criterii:

a. obiectivele asumate prin Masterplanurile regionale de servicii medicale, respectiv planurile de servicii medicale aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii;

b. asigurarea specialităţilor de bază;

c. prioritizarea îngrijirilor acute şi a specialităţilor chirurgicale;

d. numărul de cazuri realizate de furnizorii aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate în ultimii patru ani calendaristici anteriori;

   e. nevoia de servicii medicale la nivel teritorial, pe tipuri de servicii medicale spitaliceşti, corelată cu indicatorii de morbiditate;

    f. nevoia de servicii medicale la nivel teritorial, pe specialităţi, corelată cu indicatorii de morbiditate;

    g. existenţa altor tipuri de furnizori la nivel teritorial, care asigură accesul pacienţilor la servicii medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în vederea asigurării unui traseu optim al pacientului;

    h. gradul de utilizare a paturilor pentru structurile aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anii anteriori;

    i. gradul de operabilitate înregistrat pe secţiile/compartimentele cu specific chirurgical;

    j. complexitatea cazurilor rezolvate;

 k. gradul de acoperire cu resurse umane a structurilor funcţionale/secţiilor/compartimentelor unităţii sanitare;

    l. servicii medicale acordate asiguraţilor din alte judeţe;

    m. prioritizarea structurilor funcţionale/secţiilor/compartimentelor unităţii sanitare pentru care nu se percepe contribuţie personală;

    n. ponderea cheltuielilor de personal în totalul sumei decontate de casa de asigurări de sănătate în ultimii patru ani calendaristici anteriori;

    o. condiţii specifice la nivel teritorial.

    La stabilirea numărului de paturi contractabile pentru fiecare spital casele de asigurări de sănătate/direcţiile de sănătate publică, vor avea în vedere necesarul de servicii medicale pe specialităţi inclusiv pentru serviciile medicale acordate asiguraţilor din alte judeţe, specialităţile deficitare şi condiţiile specifice existente la nivel local.

    În situaţia în care, pe parcursul derulării contractului, numărul de paturi contractabile din structura unei unităţi sanitare cu paturi se modifică prin reaşezarea pe secţiile/compartimentele spitalului, fără modificarea numărul de paturi contractabile de la nivelul spitalului, nu este necesară solicitarea avizului Ministerul Sănătăţii şi al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Comisia constituită potrivit lit. a) pct. 3 informează Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi Ministerul Sănătăţii cu privire la modificările numărului de paturi contractabile din structura unităţii sanitare cu paturi în cazul în care se modifică prin reaşezarea pe secţiile/compartimentele spitalului, fără modificarea numărul de paturi contractabile de la nivelul spitalului.

    4. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional, luat în calcul la stabilirea capacităţii spitalului funcţie de numărul de paturi contractabile este:

    4.1. pentru secţii/compartimente de acuţi 290 zile

    4.2. pentru secţii/compartimente de cronici şi îngrijiri paliative 320 zile

    4.3. pentru secţii/compartimente de cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, Art. 110, Art. 124 şi Art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile.

    5. număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pe tipuri de secţii/compartimente;

    6. durată de spitalizare/durata de spitalizare efectiv realizată/durată medie de spitalizare la nivel naţional în secţiile pentru afecţiuni acute, după caz;

    7. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea spitalului funcţie de numărul de paturi contractabile;

    8. indice de complexitate a cazurilor;

    9. număr de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi şi număr cazuri rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi;

    10. tarif pe caz rezolvat (DRG);

    11. tarif mediu pe caz rezolvat (non DRG);

    12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat pentru spitalizare de zi.

    13. tarif pe zi de spitalizare pentru secţii compartimente de cronici

    14. durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS\_spital - este prevăzută în anexa nr. 23 A la ordin pentru spitalele de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG şi durata medie de spitalizare la nivel naţional - DMS\_nat - este 5,61 pentru spitalele de acuţi care nu sunt finanţate pe baza sistemului DRG.

**b) indicatori calitativi:**

 1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitaliceşti acordate în funcţie de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură şi de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecţii nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

3. gradul de operabilitate înregistrat pe secţiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

 4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

 5. numărul de cazuri de urgenţă medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgenţă (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti **luând în calcul numărul de paturi contractabile**, în condiţiile prevederilor Hotărârii Guvernului privind aprobarea Planului naţional de paturi

Fiecare structură distinctă (spital) a furnizorului de servicii medicale spitaliceşti va fi evidenţiată distinct în **anexa nr. 23 A la ordin**

 În situaţia în care pe parcursul derulării contractului, se modifică clasificarea spitalului în sensul descreşterii, suma contractată se diminuează corespunzător având în vedere valoarea procentului de referinţă (P) aferent noii clasificări; economiile rezultate se repartizează de către casa de asigurări de sănătate, spitalelor cu care aceasta se află în relaţii contractuale, în funcţie de criteriile avute în vedere la contractare.

În situaţia în care pe parcursul derulării contractului, se modifică clasificarea spitalului în sensul creşterii, valoarea procentului de referinţă (P) **nu se modifică şi suma contractată nu se recalculează corespunzător noii clasificări**

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

**SC = P x (Nr\_pat x IU\_pat / DMS\_spital) x ICM x TCP**

Valoarea procentului de referinţă (P) este stabilită în raport de clasificarea spitalelor în funcţie de competenţe conform prevederilor legale în vigoare, respectiv prevederile Ordinului ministrului sănătăţii nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei şi a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcţie de competenţă, cu modificările şi completările ulterioare şi este:

    a) pentru categoria I: P = 85%;

    b) pentru categoria IM: P = (P - 4)%;

    c) pentru categoria II: P = (P - 3)%;

    d) pentru categoria IIM: P = (P - 5)%;

    e) pentru categoria III: P = (P - 5)%;

    f) pentru categoria IV: P = (P - 15)%;

    g) pentru categoria V: P = (P - 23)%;

    h) pentru spitalele neclasificabile: P = (P - 33)%.

**a3) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:**

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital şi pe secţie se vor avea în vedere:

**a3.1**. Numărul de cazuri externate calculat la suma contractată = SC (suma contractată)/(ICM x TCP) aferente fiecărui spital; rezultatul se rotunjeşte la număr întreg (în plus).

**a4)** Indicele de case-mix pentru anul în curs este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin şi rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Numărul de cazuri ponderate se obţine prin înmulţirea numărului negociat de cazuri **externate cu indicele de case-mix.**

**a5)** Tariful pe caz ponderat pentru anul în curs este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin, se stabileşte pentru fiecare spital şi rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

**a7)** suma contractată conform prevederilor de mai sus se repartizează pe trimestre şi luni; la nivelul fiecărui spital suma lunară prevăzută în contract nu poate fi mai mare decât media lunară stabilită conform formulei prevăzută la lit. a1, respectiv la lit. a2, după caz.

**b) suma pentru spitalele de boli cronice** precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii) din alte spitale, care se stabileşte astfel:

    număr de cazuri externate x durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

    **1. Numărul de cazuri externate**

    Numărul de cazuri externate pe spitale/secţii/compartimente se negociază în funcţie de:

    1.1. media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ţinându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz) şi al judeţului;

    1.2. cazurile estimate a fi externate pe spital şi pe secţie în anul în curs, în funcţie de numărul de paturi contractabile, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pentru secţii/compartimente de cronici şi de durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior, pentru secţiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea prevăzută în anexa nr. 25 la ordin, dar nu mai mică de 75% faţă de aceasta, cu respectarea prevederilor Art. 4 alin. (1), după caz.

    Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secţie/compartiment se ţine seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ţine evidenţa acestor indicatori.

    Numărul de cazuri externate, obţinut în condiţiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate.

    2. Durata de spitalizare pe secţii este valabilă pentru toate categoriile de spitale şi este prevăzută în anexa nr. 25 la ordin.

    Pentru secţiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa Art. 109, Art. 110, art. 124 şi Art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III, psihiatrie cronici şi pneumoftiziologie adulţi şi copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior.

    3. Tarifele pe zi de spitalizare sunt cele prevăzute în anexa nr. 23 C la ordin.

**4. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă** dacă acestea nu pot fi efectuate în condiţiile asistenţei medicale la domiciliu sau în regim ambulatoriu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabileşte astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul în curs x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pentru secţiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare.

Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.

**g) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi**, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, şi care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi pe tipuri/cazuri rezolvate şi tarifele aferente acestora sunt prevăzute în anexa nr. 22 la ordin.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu de specialitate sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, **sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG**)/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialităţi (non DRG) **aferent spitalizării continue**, în situaţiile în care cazurile sunt internate în aceeaşi unitate sanitară prin spitalizare continuă şi în aceeaşi zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Serviciile medicale acordate în ambulatoriul unităţii sanitare cu paturi şi decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau acordate în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate servicii acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi **numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.**

Art. 6 - (1) La contractarea anuală a serviciilor medicale spitaliceşti casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% din fondurile aprobate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs.

(2) Diferenţa de 5% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial se utilizează **pentru situaţii justificate** ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti.

Art. 11 - (1) **Spitalele**, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, **suportă** suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

**Asiguraţii suportă**, în cazul spitalizării continue, contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un **grad ridicat de confort**, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană conform actelor normative. **Contravaloarea serviciilor hoteliere** (cazare şi/sau masă) **cu grad ridicat de confort se stabileşte de fiecare unitate sanitară furnizoare de servicii spitaliceşti,** *cu obligaţia asigurării accesului asiguraţilor la servicii medicale spitaliceşti acordate în condiţii hoteliere standard*. **Contravaloarea serviciilor de cazare cu grad ridicat de confort nu poate depăşi cuantumul de 300 de lei/zi. Tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării.**

c) Pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplăţii este de 5 lei iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplăţii este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul Consiliului de administraţie al unităţii sanitare respective.

    (3) **Furnizorii publici de servicii medicale** aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitaliceşti contractate, încasează din partea asiguratului numai sumele reprezentând **coplata şi contravaloarea serviciilor hoteliere** (cazare şi/sau masă) cu grad ridicat de confort. **Contravaloarea serviciilor de cazare cu grad ridicat de confort nu poate depăşi cuantumul de 300 de lei/zi. Tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării.**

4**) Furnizorii privaţi aflaţi în relaţie contractuală** cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continua pot încasa din partea asiguratului:

 a) sumele prevăzute la alin. (3).

 **b) o sumă reprezentând contribuţia personală**, cu consimţământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale şi nemedicale pe care urmează să le primească şi costurile asociate acestora - pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în secţiile de acuţi finanţate prin sistem DRG. Modelul consimţământului este prevăzut în anexa 23 E la ordin.

    Contribuţia personală reprezintă diferenţa dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat şi suma rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, şi este afişată pe pagina de internet a furnizorilor privaţi de servicii medicale şi la sediul acestora, într-un loc vizibil.

    Contribuţia personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în secţiile de acuţi finanţate prin sistem DRG se detaliază în devizul estimativ înaintat pacientului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului. Devizul estimativ se poate modifica pe perioada internării asiguratului în funcţie de evoluţia clinică, cu consimţământul acestuia sau al reprezentantului legal. Modelul devizului estimativ este prevăzut în anexa 23 E la ordin.

    Furnizorii privaţi au obligaţia să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care se încasează contribuţie personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum şi toate celelalte servicii medicale şi/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ şi externarea acestuia, însoţit de documentele fiscale, detaliate conform decontului al cărui model este prevăzut în anexa 23 E la ordin. (5) Categoriile de asiguraţi scutite de coplată prevăzute la Art. 225 din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările şi completările ulterioare, fac dovada acestei calităţi cu documente eliberate de autorităţile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum şi documente şi/sau după caz declaraţie pe proprie răspundere că îndeplineşte condiţiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în anexa nr. 23 D la ordin.

Art. 14 - Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin **scrisoare medicală sau bilet de externare din spital** cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului), informaţii care trebuie să se regăsească şi în foaia de observaţie clinică generală la epicriză. Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să elibereze prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă recomandă un tratament în ambulatoriu conform scrisorii medicale/biletului de externare din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; prin externarea asiguratului se înţelege externarea din spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu excepţia cazurilor prezentate în structurile de primiri urgenţe. Pentru nerespectarea acestei obligaţii casele de asigurări de sănătate reţin suma de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligaţiei.

    **Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital pot recomanda servicii de îngrijiri medicale la domiciliu** prin eliberarea recomandării al cărui model este prezentat în anexa nr. 31 C la ordin, ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital pot recomanda îngrijiri paliative la domiciliu prin eliberarea recomandării al cărui model este prezentat în anexa 31 D la ordin, ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului.

    Art. 15 - **Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să elibereze în ziua externării concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru**. Prin externarea asiguratului se înţelege externarea din spitalizare continuă şi spitalizare de zi. În cazul urgenţelor medico-chirurgicale acordate în structurile de primiri urgenţe - pentru care gradul de severitate al bolii nu impune internarea prin spitalizare continuă - pentru care nu au fost eliberate certificatele de concediu medical de către medicii care au asistat urgenţa, acestea se eliberează de medicul de familie în condiţiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 15/2018/1.311/2017 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.

Art. 18 - Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condiţiile legii, de realitatea şi exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât şi cu ocazia raportării datelor în cursul execuţiei.

Art. 19 - Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitaliceşti sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoştinţă Ministerului Sănătăţii sau celorlalte ministere şi instituţii cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţilor administraţiei publice locale, în funcţie de subordonare, şi Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situaţie, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii, ai ministerului de resort, ai autorităţilor administraţiei publice locale, după caz, precum şi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluţionează divergenţele.

Art. 21 - Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialităţi şi a tarifului pe zi de spitalizare prevăzute în anexa nr. 22 A la ordin .

**B. Servicii medicale spitaliceşti care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi:**

1. Spitalizarea de zi are o durată de **maxim 12 ore/vizită (zi),** dar nu mai puţin de **2 ore/vizită (zi),** cu excepţia serviciilor acordate în camerele de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii, precum şi în alte **situaţii justificate de medicul curant în fişa de spitalizare de zi**, pentru care este necesară o durată mai mică de 2 ore/vizită(zi).

  **Toate serviciile medicale şi procedurile chirurgicale se acordă obligatoriu în intervalul orar de la deschiderea şi până la închiderea Fişei de spitalizare de zi. În caz contrar serviciul acordat nu se decontează.**

**2. Criteriile de internare în spitalizare de zi sunt:**

**a) urgenţe medico-chirurgicale** ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condiţiile stabilite în prezentele norme, doar în unităţile sanitare cu paturi care acordă şi asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă;

**b)diagnosticul nu poate fi stabilit şi tratamentul nu poate fi efectuat şi/sau monitorizat în ambulatoriu.**

**B.1**. Lista afecţiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi şi tarifele pe caz rezolvat medical corespunzătoare:

115 Diagnostice

**B.2**. Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi şi tarifele pe caz rezolvat corespunzătoare:

142 proceduri chirurgicale

|  |
| --- |
| **B.3.** Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi şi tarifele corespunzătoare: |
|  |
|     **B.3.1.** Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraţilor prin tarif pe serviciu medical/vizită (zi) şi pentru care în vederea decontării nu este necesară închiderea fişei de spitalizare de zi (FSZ) după fiecare vizită (zi). |

8 Servicii medicale

**B.3.2.** Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraţilor prin tarif pe serviciu medical şi pentru care în vederea decontării se închide fişa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

109 Servicii medicale

**B.4.1.** Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii şi pentru care în vederea decontării se închide fişa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

82 de Servicii standardizate

**B.4.2.** Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contactează şi în ambulatoriul de specialitate clinic şi se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii, şi pentru care în vederea decontării se inchide fişa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

12 Servicii standardizate, se inchide fișa de spitalizare de zi după terminarea vizitei

NOTĂ pentru litera B:

    1. Tarifele cuprind cheltuielile aferente cazurilor rezolvate precum şi serviciilor medicale (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare, investigaţii medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operaţie, precum şi cheltuieli indirecte, după caz).

    2. Serviciile medicale spitaliceşti care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B, se pot contracta de casele de asigurări de sănătate cu unităţile sanitare cu paturi şi cu unităţile sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, care au avizate/aprobate de Ministerul Sănătăţii structuri de spitalizare de zi.

3. Serviciile acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B pot fi acordate şi în regim de spitalizare continuă dacă pacientul prezintă complicaţii sau comorbidităţi cu risc pentru pacient, sângerare majoră ce pune problema repleţiei volemice, risc anestezic greu de managerizat în spitalizare de zi, iar durerea postprocedurală greu de controlat, proceduri invazive majore asociate.

    4**. Pentru fiecare poziţie din cazurile rezolvate/serviciile medicale în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B punctele B.1, B.2, B.3.1, B.3.2, B.4.1. şi B.4.2. se întocmesc fişe de spitalizare de zi distincte.**

**5. Serviciile medicale/cazurile rezolvate prevăzute la litera B nu pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale spitaliceşti prevăzute la litera A**. **Excepţie** face situaţia în care asiguratul internat în regim de spitalizare continuă poate beneficia concomitent, în altă unitate sanitară, de serviciul medical prevăzut **la punctul B.3.1, poziţia 1, 3 şi 4**, dacă unitatea sanitară la care asiguratul este internat în regim de spitalizare continuă, nu poate acorda acest serviciu.

   **6. Serviciile prevăzute la poziţiile 7, 8, 40, 41, 42, 49, 53, 54, 59, 60, 61 şi 62 din tabelul de la lit. B.3.2 includ, după caz, şi diagnostic/depistare.**

 7. Serviciile prevăzute la poziţiile 40 şi 41 din tabelul de la lit. B.3.2 se pot acorda pacienţilor cu afecţiuni oncologice care în luna respectivă beneficiază de serviciul prevăzut la poziţia 1 din tabelul de la lit. B.3.1

    **8. Criteriile pe baza căruia se efectuează internarea pacienţilor în regim de spitalizare de zi sunt:**

    a) situaţia de urgenţă medico-chirurgicală pentru:

    a1) serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.2 poziţiile 34, 35, 108 şi 109 efectuate în camera de gardă, CPU/UPU care nu sunt finanţate de Ministerul Sănătăţii/ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie.

    a2) serviciile prevăzute în lista de la punctul B.1 poziţiile 88, 89, 96 şi 97 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii.

    b) diagnosticul nu poate fi stabilit şi tratamentul nu poate fi efectuat şi/sau monitorizat în ambulatoriu pentru serviciile în regim de spitalizare de zi prevăzute în listele de la litera B, cu excepţia celor de la lit. a), care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii.

    9. Pentru perioada în care un pacient are deschisă o fişă de spitalizare de zi - pe parcursul unei singure zile sau pe parcursul mai multor zile, **acesta poate beneficia şi de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi, cu respectarea condiţiilor de acordare a serviciilor medicale în ambulatoriu.**