

Ordinul nr. 844/191/2023 pentru modificarea și completarea Ordinului 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, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia

În vigoare de la 01 aprilie 2023

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 261 din 29 martie 2023. Formă aplicabilă la zi, **03 aprilie 2023** .

Nr. 844/191

Ministerul Sănătății

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Având în vedere Referatul de aprobare nr. AR 5.981 din 28.03.2023 al Ministerului Sănătății și nr. DG 1.254 din 24.03.2023 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" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- 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,

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. 2, la articolul 1 alineatul (2), **litera e)** se modifică și va avea următorul cuprins:

" e) Serviciile cuprinse la lit. B subpct. 1.1.1, 1.2.4, 1.2.5, 1.5, cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata «per capita». Consultațiile prevăzute la subpct. 1.1.2, 1.1.3, 1.3 și serviciile prevăzute la lit. B

subpct. 1.4.2 din anexa nr. 1 la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv la art. 15 alin. (2), acordate începând cu 1 aprilie 2022, sunt incluse în plata «per capita» aferentă anului 2022, după aplicarea prevederilor art. 15 alin. (4) în luna decembrie. Consultațiile acordate persoanelor asigurate prevăzute la subpct. 1.1.2, 1.1.3, 1.3 și serviciile prevăzute la lit. B subpct. 1.4.2 din anexa nr. 1 la ordin, care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv la art. 15 alin. (2), acordate în perioada 1 ianuarie 2023-30 iunie 2023, sunt incluse în plata «per capita» aferentă anului 2023, după aplicarea prevederilor art. 15 alin. (4)¹ în luna iulie 2023."

2. În anexa nr. 2, la **articolul 15**, după **alineatul (4)** se introduce un nou alineat, alin. (4)¹, cu următorul cuprins:

" **(4)¹** Consultațiile acordate asiguraților prevăzute la lit. B subpct. 1.1.2, 1.1.3 și 1.3 din anexa nr. 1 la ordin și serviciile medicale acordate asiguraților prevăzute la lit. B subpct. 1.4.2 din anexa nr. 1 la ordin, realizate de medicii de familie în perioada 1 ianuarie 2023-30 iunie 2023, care depășesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3, art. 1 alin. (3) lit. b), respectiv ale alin. (2) ale prezentului articol, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aferent semestrului I al anului 2023 pentru asistența medicală primară."

3. În anexa nr. 2, la **articolul 15**, după **alineatul (5)** se introduce un nou alineat, alin. (6), cu următorul cuprins:

" **(6)** Serviciile medicale realizate de medicii de familie în perioada 1 ianuarie 2023-30 iunie 2023 care depășesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3, art. 1 alin. (3) lit. b) și alin. (2) al prezentului articol și care nu sunt decontate potrivit alin. (4)¹ sunt incluse în plata «per capita» aferentă anului 2023."

4. În anexa nr. 8, la articolul 4, după **alineatul (5)** se introduce un nou alineat, alin. (6), cu următorul cuprins:

" **(6)** Serviciile medicale realizate în perioada 1 ianuarie 2023-30 iunie 2023 de medicii de specialitate clinică, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare, care depășesc limitele stabilite la art. 3 alin. (1), se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aferent semestrului I al anului 2023 pentru asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice."

5. Titlul anexei nr. 23 A se modifică și va avea următorul cuprins:

"

LISTA

spitalelor pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat, ICM, TCP și DMS valabile pentru semestrul I 2023"

6. În anexa nr. 23 A, notele de la "*)", "***)" și "****)" de sub tabel se modifică și vor avea următorul cuprins:

" *) ICM pentru semestrul I 2023 este egal cu ICM pentru anul 2022 propriu spitalului.

***) TCP pentru semestrul I 2023 este egal cu TCP pentru anul 2022, ajustat în raport cu rata de inflație stabilită pentru luna septembrie 2022.

1. TCP-ul pentru semestrul I 2023 se poate majora cu până la 40% pentru poziția 30 (B_02), poziția 56 (B_18) și pentru poziția 68 (B_33), având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății.

2. TCP-ul pentru semestrul I 2023 se poate majora cu până la 15% pentru poziția 13 (AG02), poziția 29 (B_01), poziția 31 (B_03), poziția 33 (B_05), poziția 51 (B_15), poziția 58 (B_20), poziția 60 (B_22), poziția 62 (B_25), poziția 64 (B_28), poziția 65 (B_29), poziția 70 (B_35), poziția 78 (B_80), poziția 115 (BV03), poziția 136 (CJ03), poziția 204 (GL02), poziția 236 (IS02), poziția 259 (M07), poziția 266 (M15), poziția 319 (PH99), poziția 326 (SB08), poziția 365 (TM01) și poziția 367 (TM03), având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății.

****) Durata medie de spitalizare a fiecărui spital pentru semestrul I 2023 este durata medie de spitalizare

realizată de spital în anul 2021. Pentru spitalele cu o durată medie de spitalizare realizată în anul 2021 mai mică decât media celor mai mici 5 durate de spitalizare pe secții realizate în anul 2021 prevăzute în anexa nr. 25 la prezentul ordin, durata medie de spitalizare în semestrul I 2023 este de 2,70."

7. În anexa nr. 51, la articolul 1¹, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

" **Art. 1¹.** - (1) Casele de asigurări de sănătate contractează pentru semestrul I 2023 cu unitățile sanitare cu paturi suma alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinația de servicii medicale spitalicești după reținerea sumelor prevăzute la art. 91 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare. Sumele reținute la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor utiliza în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (2) din anexa nr. 23 la ordin."

8. În anexa nr. 51, la articolul 1¹ alineatul (2), partea introductivă a literei a) și subpunctele a1) și a3)-a5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

" a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești, pentru afecțiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanțate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate contractate x indice case-mix pentru semestrul I 2023 x tarif pe caz ponderat pentru semestrul I 2023; respectiv

- număr de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități;

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 afecțiuni acute în sistem DRG, pentru trimestrul I 2023, respectiv pentru trimestrul II 2023 se calculează astfel:

$$SC = P \times Nr_caz \times ICM \times TCP$$

În formula de mai sus, Nr_caz reprezintă media lunară a numărului de cazuri contractate în perioada aprilie 2022- decembrie 2022 înmulțit cu 3 luni, TCP și ICM reprezintă tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin, pentru semestrul I 2023.

Valoarea procentului de referință (P) este stabilită în raport cu clasificarea spitalelor în funcție de competențe conform prevederilor legale în vigoare, respectiv prevederile Ordinului 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, și 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) Numărul de cazuri ce poate fi contractat pentru trimestrul I 2023, respectiv pentru trimestrul II 2023 se calculează ca media lunară a numărului de cazuri contractate în perioada aprilie 2022- decembrie 2022 înmulțit cu 3 luni.

La stabilirea numărului de cazuri pe spital și pe secție/compartiment se va ține cont de paturile contractate cu spitalul pe secție/compartiment, precum și de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății sau direcția de sănătate publică, după caz.

a4) Indicele case-mix pentru semestrul I 2023 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin și rămâne nemodificat

pe perioada de derulare a contractului.

a5) Tariful pe caz ponderat pentru semestrul I 2023 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin, se stabilește pentru fiecare spital și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

În situația în care unul dintre spitalele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b)."

9. În anexa nr. 51, la articolul 1¹ alineatul (2), partea introductivă a literei b) și punctul 1 al literei b) se modifică și vor avea următorul cuprins:

" b) Suma pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, inclusiv îngrijiri paliative (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății sau direcția de sănătate publică, după caz) din alte spitale, pentru trimestrul I 2023, respectiv pentru trimestrul II 2023, se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate contractate 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 contractate:

Numărul de cazuri ce poate fi contractat pentru trimestrul I 2023, respectiv pentru trimestrul II 2023 se calculează ca media lunară a numărului de cazuri contractate în perioada aprilie 2022-decembrie 2022 înmulțit cu 3 luni.

La stabilirea numărului de cazuri pe spital și pe secție/compartiment se va ține cont de paturile contractate cu spitalul pe secție/compartiment, precum și de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății sau direcția de sănătate publică, după caz."

10. În anexa nr. 51, la articolul 2¹, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

" (2) Pentru decontarea serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă și de zi se vor avea în vedere tarifele stabilite pentru semestrul I 2023 prevăzute, după caz, în anexa nr. 23 A, anexa nr. 23 C și anexa nr. 22 la prezentul ordin.

(3) Pentru trimestrul I 2023, regularizarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești se fac pentru perioada 1 ianuarie 2023-31 martie 2023, cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare. Pentru trimestrul II 2023, regularizarea se face pentru perioada aferentă acestui trimestru, precum și pentru perioada de la data de 1 ianuarie 2023 și până la sfârșitul trimestrului II 2023, cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare."

Art. II. - Termenul de aplicare a prevederilor Ordinului 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 prelungește până la data de 30 iunie 2023.

Art. III. - Prezentul ordin intră în vigoare la data de 1 aprilie 2023 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Alexandru Rafla

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări
de Sănătate,
Adela Cojan