



ROMÂNIA MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



DIRECȚIA GENERALĂ ECONOMICĂ

Strada Cristian Popisteanu nr. 1-3, Cod 70109, Sector 1 București, ROMÂNIA ☎(01) 315.03.00

Tel. /Fax(01) 310.06.58; (01) 313.50.64; (01) 314 43 27

Nr. 38790/15 august 2010

TODY GROUP

tody@tody.ro

La metodologia propusa de dumneavoastra pentru eliminarea cheltuielilor nejustificate din fondurile publice, trimisa principalelor institutii ale statului, va transmitem, alaturat, punctul de vedere exprimat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, institutie autonoma care gestioneaza bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate si in responsabilitatea careia se incadreaza aspectele sesizate de dumneavoastra.

DIRECTOR GENERAL,

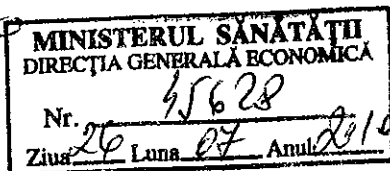
/ Cristina Bărbuță



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
DIRECTOR GENERAL

Calea Călărașilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București
E-mail: dorin.ionescu@casan.ro. Tel. 0372 309274; Fax 0372 309288

Nr. DG 790 / 19.07.2010



Sua Excelenței
C

CĂTRE,

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ÎN ATENȚIA DOMNULUI SECRETAR GENERAL GHEORGHE SÂRB

Referitor la adresa dvs. nr. 38793/2010, înregistrată la Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu nr. DG 790/2010, prin care ne înaintați memoriul domnului Valeriu Todirașcu – manager general Tody Group, vă comunicăm următoarele:

În sistemul asigurărilor sociale de sănătate casele de asigurări de sănătate încheie contracte de **furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu**, cu furnizori organizați în una dintre structurile aprobate conform prevederilor legale în vigoare, care sunt autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare. Contractele de furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu se încheie cu casele de asigurări de sănătate pe baza documentelor prevăzute la art. 13 și art. 44 alin. (1) lit. b₁ din *Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin HG 262/2010*, la termenele stabilite pentru contractare.

Modalitatea de contractare a serviciilor medicale paraclinice în ambulatoriu, condițiile de acordare a acestora, precum și decontarea acestor servicii de către casele de asigurări de sănătate sunt reglementate de Contractul-cadru pentru anul 2010 mai sus menționat și Normele metodologice de aplicare a acestuia, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările și completările ulterioare.

Potrivit actelor normative menționate anterior:

- Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale paraclinice și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului. Furnizorii de servicii medicale paraclinice pot încheia contracte și cu alte case de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute la art. 44 alin. (4) din Contractul-cadru mai sus menționat, cu obligația de a întocmi evidențe distincte și de a raporta distinct serviciile realizate conform contractelor încheiate.

- La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale paraclinice (furnizori: de analize medicale de laborator, de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale), cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere:

- a) numărul de investigații paraclinice;
- b) tarifele negociate;

- Numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de investigații medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate se stabilește în limita numărului de investigații paraclinice necesar pe total județ, determinat de comisia constituită conform art. 43 alin. (5) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr. 262/2010, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinație.

- La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de analize medicale de laborator, respectiv cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, casele de asigurări de sănătate au în vedere criteriile prevăzute în Anexa nr. 10, respectiv în Anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările și completările ulterioare.

- **Furnizorii de servicii medicale paraclinice efectuează direct toate tipurile de investigații paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate și nu încheie subcontracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea unor anumite tipuri de investigații paraclinice.**

- Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în Anexa nr. 7 la Ordinul 265/408/2010. **Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt cele rezultate din reducerea tarifelor maximele cu procentul de diminuare cel mai mare ofertat de către furnizori și nu pot fi mai mari decât tarifele maximele prevăzute în Anexa nr. 7 menționată anterior.**

În altă ordine de idei, propunerile domnului Valeriu Todirașcu se referă la serviciile medicale paraclinice efectuate de spitalele publice pentru pacienții internați.

Potrivit reglementărilor art. 228 alin. (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare, preluate și în art. 62 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010.

serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

Totodată, în conformitate cu art. 71 lit. b) Contractul-cadru mai sus menționat, **spitalele au obligația să asigure din suma contractată cu casa de asigurări de sănătate, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:**

- *consultații interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective;*

- *investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională;*

- *transport interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice.*

Facem precizarea că plata serviciilor medicale spitalicești (acordate prin spitalizare continuă) se face pe bază de **tarif pe caz rezolvat** – sistem DRG sau **tarif mediu pe caz rezolvat** pe specialități (pentru afecțiuni acute în spitale care nu sunt cuprinse în sistem DRG) sau prin **tarif/zi de spitalizare** pentru spitalele de cronici și de recuperare / secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri din alte spitale, tarife în care se regăsesc toate cheltuielile făcute de spital pentru pacienții internați, respectiv: *consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.*

Servicii medicale spitalicești care nu necesită internarea pot fi prestate în regim de spitalizare de zi. **Un serviciu medical spitalicesc prin spitalizare de zi reprezintă totalitatea investigațiilor, tratamentelor și procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.**

Decontarea serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi se face pe baza tarifului pe serviciu medical (tarifele maxime sunt prevăzute în Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 265/408/2010) sau tarif pe caz rezolvat.

Având în vedere cele de mai sus, propunerile Tody Group privind:

- subcontractarea de către spitalele publice a analizelor de laborator, respectiv procedura de achiziție publică pentru acestea
- „metodologia de calculare și raportare a costului unitar și a soluției optime a testării analizelor de laborator, în regie proprie sau prin subcontractare flexibilă”,

nu fac obiectul de reglementare în ceea ce privește relația contractuală între spitale și casele de asigurări de sănătate, specifică sistemului asigurărilor sociale de sănătate. Propunerile înaintate de Tody Group pot fi eventual analizate în legătură cu managementul unităților sanitare publice cu paturi conform prevederilor legale în vigoare.

Cu stimă,

**DIRECTOR GENERAL,
DR. DORIN IONESCU**

