

Ordinul 25/2012 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea

Ordinul 25/2012 din 2012.02.10

Status: Acte în vigoare

Versiune de la: 14 ianuarie 2013

Ordinul 25/2012 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea

Data act: 30-ian-2012

Emitent: Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Având în vedere Referatul de aprobare al Serviciului medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DMS/SM/17 din 10 ianuarie 2012,

În temeiul dispozițiilor:

- art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul 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;
- art. 71 alin. (1) lit. a) și b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1

În vederea finanțării cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă în anul 2012 se aprobă Regulile de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și Metodologia de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, prevăzute în anexele nr. 1 și 2 care fac parte integrantă din prezentul ordin, și se aplică pentru cazurile externate în anul 2012.

Art. 1¹

Regulile de validarea cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și Metodologia de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, prevăzute în anexele nr. 1 și 2, se aplică și în anul 2013, pe perioada de valabilitate a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 2

(1) Spitalele vor raporta în format electronic setul minim de date la nivel de pacient în spitalizarea continuă (SMDPC), aferent pacienților externaiți, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, până la data de 5 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

(2) Trimestrial, în perioada 15-19 a lunii următoare trimestrului încheiat, spitalele vor transmite în format electronic cazurile invalidate pentru care se solicita revalidarea, precum și cazurile neraportate din lunile anterioare. În perioada 10-14 decembrie 2012, spitalele vor transmite în format electronic cazurile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cazurile neraportate până la data de 30 noiembrie 2012. Cazurile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cele neraportate până la sfârșitul anului pot fi raportate în perioada 15-19 ianuarie a anului următor.

(3) Lunar, până la data de 15, spitalele vor primi de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, denumită în continuare SNSPMPDSB, în format electronic și tipărit, rapoartele de validarea activității aferente lunii precedente, în conformitate cu formularul 1.1 prevăzut în anexa 3-a, cu formularul prevăzut în anexa 3-c și cu formularul 1.1 din anexa 3-e la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 24/2012 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special.

(4) Trimestrial, până la data de 23 a lunii următoare trimestrului încheiat, iar pentru trimestrul IV până la data de 18 decembrie 2012, respectiv până la data de 23 ianuarie 2013, spitalele vor primi de la SNSPMPDSB, în format electronic și tipărit (fax), rapoartele de validare a activității de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, în conformitate cu formularele 1.2, 1.3.1 și 1.4 prevăzute în anexa 3-a, cu formularul prevăzut în anexa 3-c și cu formularul 1.2.1 din anexa 3-e, respectiv numai în format electronic rapoartele de validare, în conformitate cu formularul 1.3 din anexa 3-a și formularul 1.2 din anexa 3-e la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 24/2012.

(5) Lunar, respectiv trimestrial, SNSPMPDDB va transmite spitalelor rapoarte cu detalierea cauzelor de invalidare pentru fiecare caz, conform regulilor prevăzute în anexa nr. 1.

(6) Pentru decontarea activității lunare, spitalele vor utiliza, după caz, desfășurătoarele 1.1 și 1.2 prevăzute în anexa 3-b, desfășurătoarele 1.1, 1.2 și 1.3 prevăzute în anexa 3-d și desfășurătoarele 1.1 și 1.2 prevăzute în anexa 3-f la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 24/2012.

(7) Pentru decontarea activității trimestriale, spitalele vor utiliza, după caz, desfășurătoarele 1.3 și 1.3.1 prevăzute în anexa 3-b, desfășurătoarele 1.3 și 1.4 prevăzute în anexa 3-d și desfășurătoarele 1.3 și 1.3.1. prevăzute în anexa 3-f la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 24/2012.

Art. 3

Pentru cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului în condițiile art. 71 alin. (2) din Contractul - cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011- 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010, cu modificările și completările ulterioare, se va întocmi și se va raporta doar fișa de spitalizare de zi, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 4

Direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate, spitalele, precum și SNSPMPDMB vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 5

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

Art. 6

Începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 649/2011 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 563 din 8 august 2011, cu modificările ulterioare.

..****.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, Nicolae-Lucian Duță
--

ANEXA Nr. 1:

REGULI DE VALIDARE a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă

ANEXA Nr. 2:

METODOLOGIE de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 109 din data de 10 februarie 2012