

Documente necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești 2023

OPIS

1. Cererea /solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate,

2. Dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

3. Contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

4. Codul de înregistrare fiscală – codul unic de înregistrare;

5. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

6. Lista medicamentelor-denumiri comune internaționale, denumite în continuare DCI și formă farmaceutică – utilizate pe perioada spitalizării pentru afecțiunile pe care spitalul le tratează în limita specialităților din structură, care are ca scop asigurarea tratamentului pacienților internați și monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului- prezentată de fiecare furnizor în format electronic ;

7. Structura organizatorică aprobată și avizată, după caz ,de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate;

8. Indicatori specifici stabiliți prin norme, Anexa 23, art. 4 ;

a) Indicatori cantitativi:

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

2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobate sau avizate, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii(tabel cu nr. de paturi pe DRG, CR, PAL și ATI);

3. număr de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății; numărul de paturi contractabile pentru fiecare spital, se stabilește cu încadrarea în numărul de paturi aprobat la nivel județean de către o comisie formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică/direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie și se avizează de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pe baza fundamentărilor transmise de casele de asigurări de sănătate/direcțiile de sănătate publică și avute în vedere la stabilirea numărului de paturi contractabile. Fundamentările transmise Ministerului Sănătății și Casei Naționale 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 sănătății;

b. asigurarea specialităților de bază;

c. prioritizarea îngrijirilor acute și a specialităților chirurgicale;

d. numărul de cazuri realizate de furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate în ultimii patru ani calendaristici anteriori, pentru spitalele de bili cronice precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici vor transmite media cazurilor externate în ultimii 5 ani, precum și durata de spitalizare efectiv realizată;

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

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

g. existența altor tipuri de furnizori la nivel teritorial, care asigură accesul pacienților 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 relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anii anteriori;

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

j. complexitatea cazurilor rezolvate;

k. gradul de acoperire cu resurse umane a structurilor funcționale/secțiilor/compartimentelor unității sanitare;

l. servicii medicale acordate asiguraților din alte județe;

m. prioritizarea structurilor funcționale/secțiilor/compartimentelor unității sanitare pentru care nu se percepe contribuție personală;

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

o. condiții specifice la nivel teritorial.

4. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național, luat în calcul la stabilirea capacității spitalului funcție de numărul de paturi contractabile este:

4.1. pentru secții/compartimente de acuți 290 zile

4.2. pentru secții/compartimente de cronici și îngrijiri paliative 320 zile

4.3. pentru secții/compartimente de cronici 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 cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile.

5. număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național pe tipuri de secții/compartimente;

6. durată de spitalizare/durată de spitalizare efectiv realizată/durată medie de spitalizare la nivel național în secțiile pentru afecțiuni acute, după caz;

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

8. indice de complexitate a cazurilor;

9. număr de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi și 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 secții 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 acuți finanțate pe baza sistemului DRG și durata medie de spitalizare la nivel național - DMS_nat - este 5,61 pentru spitalele de acuți care nu sunt finanțate pe baza sistemului DRG.

9 . Indicatori specifici stabiliți prin norme

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicești acordate în funcție de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură și de încadrarea cu personalul de specialitate;

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

3. gradul de operabilitate înregistrat pe secțiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;
4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;
5. numărul de cazuri de urgență medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgență (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

10. Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă, precum și numărul serviciilor medicale/cazurilor rezolvate estimate a se efectua prin spitalizare de zi în structura de spitalizare de zi a spitalului aprobată/avizată, precum și în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

Furnizorii de servicii medicale spitalicești vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități și a tarifului pe zi de spitalizare prevăzute în anexa nr. 22 A la ordin.

11. Declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că aplică protocoalele de practică medicală elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

12. Lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului (Tabele pe secții) - format excel;

13. Copie de pe ordinul ministrului sănătății privind clasificarea spitalului, după caz;

14. Documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței cu o linie/două linii de gardă, conform art. 85;

15. Declarație pe propria răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidența medicale contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 87 alin. (2); medicii prevăzuți la art. 87 alin. (2) vor da o declarație pe proprie răspundere cu privire la unitățile sanitare în care își desfășoară activitatea și programul de lucru aferent pentru fiecare unitate sanitară, cu obligația respectării prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare.

16. Decizia managerului spitalului privind aprobarea metodologiei proprii de rambursare, la cererea asiguraților, a cheltuielilor efectuate pe perioada internării în situațiile prevăzute la art. 99.

17. Certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care funcționează sub incidența contractului, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

18. Pentru furnizorii care desfășoară activitatea doar pe spitalizare de zi, programul de activitate pe furnizor și programul de activitate pe fiecare secție

Conditii specifice Art. 87 (2)

Fiecare medic de specialitate, respectiv cu **supraspecializare/competență**/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, situație în care un medic poate acorda servicii medicale spitalicești, în baza a maximum trei contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în unități sanitare distincte, în condiții de siguranță și calitate a serviciilor medicale acordate, cu respectarea: prevederilor referitoare la timpul de muncă și timpul de odihnă din Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ I :

- 1. Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.**
- 2. Documentele solicitate în procesul de contractare se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.**
- 3. *Medicii pentru a desfășura activitate în baza unui contract încheiat de un furnizor de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate trebuie să dețină semnătură electronică extinsă/calificată.***
- 4. Toți furnizorii vor transmite documentele conform prezentului opis în perioada 14- 16 iunie 2023.**
- 5. Vă rugăm să respectați ordinea depunerii documentelor conform prezentului opis.**

NOTĂ II

Opisul cu documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești 2023 , trebuie avut în vedere de furnizorii noi, care doresc intrarea în relație contractuală cu CAS Neamț.

NOTĂ

PENTRU FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI CARE SE AFLĂ DEJA ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CAS NEAMȚ , SE IMPUNE DOAR ACTUALIZAREA DOCUMENTELOR A CĂROR VALABILITATE A EXPIRAT, PRECUM ȘI INDICATORII CANTITATIVI ȘI CALITATIVI PENTRU ANUL 2023.