

SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE Bisericani
INSTRUMENTARE Nr. 2536
2013 luna 05 ziua 29

Nr. 3408 din 21.05.2013

CONTRACT 9/2013
de furnizare de servicii medicate spitalicești

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate Neamț, cu sediul în municipiul Piatra Neamț, str. Lt. Drăghescu, nr. 4B, județul Neamț, telefon 0233/23.06.12, fax 0233/23.05.13, reprezentată prin președinte-director general dr. Magda Spinoiu,

și

Unitatea sanitară cu paturi **Spitalul de Pneumoftiziologie Bisericani**, cu sediul în Com.Alexandru cel Bun, str., nr....., telefon: fix/mobil 0233/241500, fax 0233/241965
e-mail: office@spitalulbisericani.ro, reprezentata prin ing.Emilia Ciobanu,

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 -2014.

III. Servicii medicale spitalicești

ART. 2

(I) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aliate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care nu se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

Fac excepție urgențele medico-chirurgicale și bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament, și internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, cele dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau al urmăririi penale, internările pentru persoanele private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, cazurile care au recomandare de internare într-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului

respectiv aliați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și transferul intraspitalicesc atunci când se schimbă tipul de îngrijire și transferul interspitalicesc și situațiile în care pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene /Spațiului Economic European/Elveția, precum și serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României care beneficiază de internare fără bilet de internare.

(2) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratamente medicale și/sau chirurgicale;
- e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masa.

IV. Durata contractului

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la 01.05.2013 până la data de 31 decembrie 2013.

ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților

ART. 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, autorizați și evaluați, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termene de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale spitalicești, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorii de servicii medicale spitalicești cu privire în condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

g) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se încadreze în sumele contractate, funcție de realizarea indicatorilor negociați, conform Ordinului ministrului sănătății, al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

k) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere,

l) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocoalelor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgență, funcție de tipul de internare așa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1782/576/2006 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, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate;

ART. 6

Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013, pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) l. să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, în baza modelului de formular, prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013.. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014,

program asumat prin prezentul contract care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare, în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contract, acesta se modifică în consecință.

2. programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în Termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare și să prescrie la externare medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței și a dotărilor existente;

m) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

n) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

o) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 -2014;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale

cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

t) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 -2014;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital, sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării într-un singur exemplar, care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct sau prin intermediul figuratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporală de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz;

y) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare, cu asigurarea confidențialității și securității datelor cu caracter personal;

z) să acorde serviciile medicale de urgență necesare, în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013.. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

w) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale:

aa) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile medicale spitalicești de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul

standard, acordate la cererea acestora - pentru unitățile sanitare publice cu paturi contribuția personală a asiguraților este de maxim 300 lei/zii

Suma reprezentând coplata și suma reprezentând contribuția personală a asiguraților pentru serviciile hoteliere cu un grad ridicat de confort peste cel standard se încasează la externare

ab) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013, pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 -2014;

ac) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ad) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgente, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

ae) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

af) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare-reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contra validarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

ag) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

ah) să raporteze distinct casei de asigurări de sănătate, cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului;

ai) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru persoana care își desfășoară activitatea la furnizor;

aj) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele Menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ak) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că folosește protocoalele de practică medicală elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

al) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății în condițiile legii;

am) să asigure continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă din care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepția spitalelor de specialitate care asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare și a spitalelor pentru bolnavii cu afecțiuni cronice pentru care nu este obligatorie această condiție;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ap) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit.ao), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

ar) să raporteze consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și al Ministerului Sănătății; spitalul care nu are pagină web proprie, informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum.

as) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa 41 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

aș) să afișeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate;

at) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

at) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transport pacienți din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de

transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate, autorizate și evaluate: pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

au) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicesc.

av) să facă demersurile pentru efectuarea auditului public intern vizând activitatea anului 2012, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ax) unitățile sanitare private cu paturi sunt obligate să plătească unităților sanitare publice cu paturi costurile efectiv realizate de acestea pentru cazurile transferate către aceste unități, în termen de maxim 30 de zile de la data emiterii facturii; nerespectarea acestei obligații conduce

la rezilierea contractului încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitatea sanitară privată cu paturi respectiva.

VI. Modalități de plată

ART. 7

(1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat DRG pentru afecțiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013. /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014 ; **808.303,12 lei**

Sectia	Nr. cazuri externe	Indice case-mix pentru anul 2011	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2011	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Pneumologie	198	0,8056	1444	
01.01-31.12.2013	118	0.8056	1380	803.634,12
	344	0,9322	1380	
Art.6 HG.1389/2010				4.669,00
TOTAL	660			808.303,12

b) Suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri
- prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății, după caz - din alte spitale, care se stabilește astfel:

Sectia/Compartimentul	Nr. cazuri externe	Durata optima de spitalizare sau dupa caz durata de spitalizare efectiv realizata*)	Tarif pe zi de Spitalizare /sectie/compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
0	0	0	0	0
Pneumologie I	184	30/28	160,62/184,71	923.010,24
Pneumologie II	92	90	160,62/184,71	1.477.364,40
Pneumologie III	436	34/37	160,62/184,71	2.802.600,21
Pneumologie IV	434	37	160,62/184,71	2.853.765,60
TOTAL PNEUMOLOGIE	1146			8.056.740,45

Reabilitare medicala	136	12	169/194,35	310.791,00
Total indicatori				
Art. 6 HG. 1389/2010				148.648,53
TOTAL	1282			8.516.179,98

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabilesc prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful, maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă se stabilește astfel:

Număr paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat și este de lei

Numar paturi	Nr.zile calendaristice	Tarif/zi se spitalizrae	Valoare
6	1422	197/226,55	311.481,49

Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizor și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spitalul pentru secția/compartimentul de paliativă din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 -2014.

d) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de cronici și de recuperare, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 -2014:

0 lei;

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel:

Numarul de servicii medicale contractate, pe tipuri	Tarif/serv. medical negociat*	Suma corespunzatoare serviciilor contractate
C1	C2	$C3 = C1 \times C2$
752 cazuri(anexa) Servicii de zi tarif/caz	anexa	163.257,04

*) Tariful pe serviciu medical se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile chirurgicale reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1380 lei - tariful pe caz rezolvat $\leq 1/3 \times$ valoarea relativă a cazului $\times 1380$ și nu poate fi mai mare de 460 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile medicale reprezintă maximum 1/5 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei -tariful pe caz rezolvat $\leq 1/5 \times$ valoarea relativă a cazului $\times 1.380$) și nu poate fi mai mare de 276 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Suma contractată pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăși 30 % din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, cu respectarea condițiilor prevăzute în anexa nr 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013, /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

Suma contractată pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalului, în cazul în care acesta nu este spital de urgență, și neinternate prin spitalizare continuă, precum și pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din cadrul spitalului se stabilește: prin înmulțirea numărului de cazuri cu tariful negociat conform prevederilor de mai sus. Aceste sume se evidențiază distinct în prezentul contract.

(2) 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 cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru cazurile neinternate, precum și numărul

cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2013 este de **9.799.221,63 lei**.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2013 se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acută, spitalizare de zi, spitalizare cronici, servicii paliative, după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I **2.705.271,55 lei**,

din care:

- luna I 1.003.896,08 lei din care: **Art.6 – 153.317,53 lei**

- luna II 850.724,13 lei

- luna III 850.651,34 lei

- Suma aferentă trimestrului II **3.512.417,05 lei**,

din care:

- luna IV 907.349,54 lei

- luna V 1.305.639,58 lei

- luna VI 1.299.427,92 lei

- Suma aferentă trimestrului III **3.287.913,10 lei**,

din care:

- luna VII 1.094.408,78 lei

- luna VIII 1.096.108,94 lei

- luna IX 1.097.395,38 lei

- Suma aferentă trimestrului IV **293.619,93 lei**,

din care:

- luna X 114.122,93 lei

- luna XI 108.359,06 lei

- luna XII 71.137,94 lei

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013. 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial de către casele de asigurări de sănătate, numai pentru spitalele care nu sunt beneficiare ale Programului pentru îngrijirea cazurilor critice a cărui finanțare este asigurată din bugetul Ministerului Sănătății, se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013/ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 -2014 și în condițiile prevăzute la același articol

(6) Lunar, până la data de 13 a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de 07, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada I - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de 17.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract până la data de 30 noiembrie, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aliate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013 și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor

(9) Contractarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 8

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract la art. 6 lit a) -an) și as)- av) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui precum de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ap), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cardul trimestrului.

(3) Nerespectarea obligației de către unitățile sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 lit. ar) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru a 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv a 7% la valoarea de contract aferentă lunii respective, suplimentar față de procentul prevăzut la lit a).

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(5) Reținerea sumelor prevăzută la alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (2) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(6) Recuperarea sumei conform alin. (1) - (3) se face prin plată directă sau prin executare silită, pentru furnizorii care numai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (3) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 9

Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. RO06TREZ49015041XXX000253, deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII Răspunderea contractuală

ART. 11

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12

Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 13

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 14

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 15

În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

X Încetarea și suspendarea contractului

ART. 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar numai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative-prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) În situațiile prevăzute la lit. b) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Prevederile art. 19 și art. 21 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin H.G. nr. 423/ 191/ 2013, /2013, nu se aplică unităților sanitare cu paturi.

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în

contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18

Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpt. a2 și a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpt. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doresc încetarea contractului.

XI Corespondența

ART. 19

Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

ART. 21

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 1 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

ART. 22

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23

(1) Litigiile legale de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

ART. 24 Valoarea contractului pentru anul 2013 include și sumele înscrise în actele adiționale încheiate pentru lunile ianuarie – aprilie 2013;

ART. 25 Sumele încasate necuvenit din fond de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale sunt purtătoare de obligații accesorii conform dispozițiilor legale în vigoare.

Se consideră sume încasate necuvenit de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale orice sumă primită de la CAS Neamț în baza contractului de furnizare de servicii pentru care nu există documente justificative care să confirme realitatea serviciilor prestate de furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.

Accesoriile vor fi calculate potrivit prevederilor legale în vigoare, după împlinirea termenului de scadență la plata sumei încasată necuvenit.

Prezentul contract de furnizarea serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 21.05.2013 în două exemplare a câte 18 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
Dr. Magda Spînoiu

Director Direcția Economică,
Ec. Marieana Atomulesei

Ganea

Director
Direcția Relații Contractuale,
Ec. Gabriela Zamfir

Vizat
Juridic, Contencios

Intocmit,
Ec. Antonica Cecilia

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,
Ing. Emilia Ciobanu

Director medical,
Dr. Ecaterina-Aurica

Director financiar-contabil,
Ec. Maria Anton

Director de îngrijiri,

Anexa I

la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. 9/2013

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

- cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. 1683/8533

- actul de înființare sau de organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, nr.630/2004,

- dovada de evaluare a furnizorului nr.4/2012, valabilă la data încheierii contractului,

- cod de înregistrare fiscală-codul unic de înregistrare 2613095,

- contul nr. RO06TREZ49015041XXX000253, deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, nr. BB0008130079740/16.01.2013,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului.

- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. 5661/08.04.2013,

- copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea spitalului,

- lista afecțiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu și impun internarea, conform prevederilor art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013,

- lista materialelor sanitare și a medicamentelor - denumiri comune internaționale - DCI - și forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menționarea DCI-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical,

- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătății, în condițiile legii, în vigoare la data încheierii contractului,

- documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013, pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 -2014,

- indicatorii specifice stabiliți prin anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/ 191/ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile

acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 -2014,

- indicatorii de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari,

- declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că folosește protocoalele de practică medicală, elaborate conform prevederilor legale în vigoare,

- documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, din care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția spitalelor pentru bolnavi cu afecțiuni cronice; pentru spitalele de specialitate - documentul privind dovada asigurării continuității asistenței medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale;

- declarație pe proprie răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidența 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. 62 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013,

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor.

- declarație autentică din partea unităților sanitare private cu paturi prin reprezentantul lor legal referitoare la asumarea obligațiilor de acoperire a costurilor efectiv realizate de către unitățile sanitare publice cu paturi pentru cazurile transferate către acestea, fie direct fie prin intermediul unei asigurări

- documentul prin care se face dovada că spitalul a solicitat acreditarea în condițiile legii Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină,