

SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE BISERICANI

prevedere bugetara 2012 = 11.373.599,40 lei

contract explicatie	Sume contract 2011	TRIM. I	TRIM. II	TRIM. III	TRIM. IV
acuti pneumologie	696.241,83	229.167,42	230.330,70	228.004,14	8.739,57
cronici pneumoftiziologie	10.580.598,32	3.483.687,18	3.490.915,08	3.472.283,16	133.712,90
Total indicatori	11.276.840,15	3.712.854,60	3.721.245,78	3.700.287,30	142.452,47
servicii de zi tarif/caz	96.759,25	31.752,00	32.130,00	31.752,00	1.125,25
TOTAL INDICATORI 2010	11.373.599,40	3.744.606,60	3.753.375,78	3.732.039,30	143.577,72

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

FURNIZOR,

Președinte - Director general,

Director
Direcția economică,

Director
Direcția Relații contractuale

Reprezentant legal,

L. A.

31/01/2012
X2

[Handwritten signature]

nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen 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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, în limita valorii de contract;

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 într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) 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. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale spitalicești cu privire la 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 casele 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 specifice 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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

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 și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

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 deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

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;

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 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

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;

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. 1) să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, program

asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

2) programul de lucru va avea avizul conform al 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 calendaristice 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 pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat 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 sugarii;

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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

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, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor 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, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz, 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 Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea 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 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

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 în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct sau prin intermediul asiguratului; 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 temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; în această situație, spitalul are obligația să depună la casa de asigurări de sănătate odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, pe fiecare secție, numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului.

y) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

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

aa) să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

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. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

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 urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

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;

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, prescripția medicală, 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 aceștia contravaloarea 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 și eficient, 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 personalul 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 terapeutice proprii, elaborate și validate 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 o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepția spitalelor de specialitate și a spitalelor pentru bolnavii cu afecțiuni cornice.”

Art. 3 Cap. VI Modalități de plată va avea următorul conținut:

“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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 : **696.241,83 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 01.01-31.12.2012	599	0,8056	1.444	696.241,83
TOTAL				696.241,83

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 externate	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	358	30	160,62	1.725.058.80
Pneumologie II	210	90	160,62	3.035.718.00
Pneumologie III	526	34	160,62	2.872.528.08
Pneumologie IV	496	37	160,62	2.947.293.44
TOTAL PNEUMOLOGIE	1.590			10.580.598.32

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabilește 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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

e) 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 0 lei**.

Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizor și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secția/compartimentul de paliativ 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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuzi (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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.: **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 x C2
256(anexa) Servicii de zi tarif/caz	378	96.759,25 lei

*) 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. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate tariful/caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maxim 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu național prevăzut în Anexa 17A de 1444 lei și nu poate fi mai mare de 480 lei.

Suma contractată pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăși 25% 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. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

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, se stabilește prin înmulțirea nr. de cazuri și tariful negociat conform prevederilor de mai sus. Această sumă 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 serviciilor medicale (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.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2012 este de **11.373.599,40 lei**.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2012 se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acută, spitalizare de zi, spitalizare cronică, servicii paliative, după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I	3.744.606,60 lei,
din care:	
- luna I	987.195,48 lei
- luna II	1.378.516,56 lei
- luna III	1.378.894,56 lei

- Suma aferentă trimestrului II	3.753.375,78 lei,
din care:	
- luna IV	1.244.146,14 lei
- luna V	1.254.425,82 lei
- luna VI	1.254.803,82 lei
- Suma aferentă trimestrului III	3.732.039,30 lei,
din care:	
- luna VII	1.244.853,54 lei
- luna VIII	1.245.231,54 lei
- luna IX	1.241.954,22 lei
- Suma aferentă trimestrului IV	143.577,72 lei,
din care:	
- luna X	51.411,38 lei
- luna XI	51.411,38 lei
- luna XII	40.754,96 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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012. aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial de către casele de asigurări de sănătate 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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012. aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, și în condițiile prevăzute la același articol.

(6) Lunar, până la data de 10 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 5, 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 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 20 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 aflate 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 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, 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, 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 procent 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) Reținerea sumei conform alin. (1) se face, din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

(4) 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) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 9

Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. . RO06TREZ4915041XXX000253, deschis la Trezoreria Statului Tg. Neamt sau în contul nr. deschis la Banca

Art. 4 Cap. X Încetarea și suspendarea contractului va avea următorul conținut:

“Cap. 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 nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 19 și art. 21 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, 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/inregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, 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 contractul se modifică din nou, 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) subpet. 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) subpet. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.”

Art. 5 Cap. XIV Alte clauze va avea următorul conținut:

“XIV. Alte clauze

ART. 24 Valoarea actului adițional nr. 2PREI./2012 include și sumele înscrise în actul adițional nr. 5 cu valorile de contract pe luna ianuarie 2012.

Art. 25 În cazul asistentilor medicali care nu au certificate de membru avizate pentru anul 2012, avind în vedere ca în perioada 09 ianuarie – 30 martie 2012 are loc procedura de reavizare a certificatelor de membru de către Ordinul Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor și Asistentilor Medicali din România – filiala Neamt, acestia vor trebui să depună la sediul CAS Neamt pînă la data de 31.03.2012, certificatele de membru avizate pentru anul

2012, în caz contrar aplicându-se sancțiunile prevăzute la cap. IX, art. 13, pct. (3), din contract.

Art. 26 Sumele încasate necuvenit din fond de către unitatea sanitară cu paturi sunt purtătoare de obligații accesorii conform dispozițiilor legale în vigoare.

Se consideră sume încasate necuvenit de către unitatea sanitară cu paturi 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."

Art. 6. Celelalte prevederi ale contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. 9/2011 rămân neschimbate.

Prezentul act adițional la contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, nr. 2/2011 a fost încheiat azi, 31 ianuarie 2012, în două exemplare a câte 13 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - Director General,
Jr. Valerica Brațu

Director Direcția Economică,
Ec. Mariciana Atonulescu

Director
Direcția Relații Contractuale,
Ec. Gabriela Zamfir

Vizat
Juridic, Contencios

Manager,
Emilia Ciobanu

Director medical,
Dr. Ecaterina-Aurica Ganea

Director financiar-contabil,
Ec. Maria Anton

Director de îngrijiri,



Anexa I

la actul adițional nr. 2 PREL/2012 la contractul de furnizare de servicii medicale
spitalicești nr. 9/2011

Documentele pe baza cărora se încheie actul adițional nr. 2 PREL/2012 la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. 149.

- actul de înființare sau de organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, nr. 9.

- dovada de evaluare a furnizorului nr. 22, valabilă la data încheierii actului adițional nr. 2 PREL/2012 la contract,

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

- contul nr. RO06TREZ4915041XXX000253, deschis la Trezoreria P. Neamt, sau cont nr., deschis la Banca

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, nr. BB0008120045966.

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar 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 actului adițional nr.2 PREL/2012 la contract.

- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. 16959.

- 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 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare,

- 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 actului adițional nr. 797 din 02.06.2010 la contract,

- 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. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010,

- indicatorii specifici stabiliți prin anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile

acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010,

- 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 terapeutice proprii, elaborate și validate conform prevederilor legale în vigoare,

- documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția spitalelor de specialitate și a spitalelor pentru bolnavi cu afecțiuni cronice.

- 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 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare,

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

Documentele necesare încheierii actului adițional nr. 2 PREI./2012 la contract, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină

**ACT ADIȚIONAL NR. 2PREL/ 2012 LA
CONTRACTUL
DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI
NR. 9/2011**

I. Părțile contractante:

Casa de asigurări de sănătate Neamț, cu sediul în municipiul Piatra Neamț, str. I.I. Drăghescu, nr. 4B, telefon 0233/ 230612, fax 0233/ 230513, reprezentată prin Președinte - Director general, jr. Valerica Fratila

și

Unitatea sanitară cu paturi **Spitalul de Pneumoftiziologie Bisericani**, cu sediul în comuna Alexandru cel Bun, sat Bisericani, județul Neamț, telefon 241500, fax, 241965, e-mail sanbisericani@artelecom.net, reprezentat prin : Emilia Ciobanu,

Văzând:

- Adresa CNAS nr. NLD 10089/27.12.2011, înregistrată la CAS Neamț sub nr. P 20721/27.12.2011 cu precizări privind încheierea de acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale pentru anul 2012;

- Nota de fundamentare nr. P1645/31.01.2012, emisă de directorul executiv al Direcției Economice din cadrul CAS Neamț privind angajarea cheltuielii conform fișei de buget

În temeiul art. 4 și art. 21 din Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. 9/2011,

II. Părțile de comun acord au convenit încheierea prezentului act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. 9/2011, al cărui obiect îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență 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 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/ 950/ 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010).

III. Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. 9/2011 se modifică și se completează, după cum urmează:

Art. 1 Cap. IV. Durata contractului, art. 3, va avea următorul conținut:

“IV. Durata actului adițional

ART. 3

Prezentul act adițional este valabil de la data de 01 februarie 2012 până la data de 31 decembrie 2012.”

Art. 2 Cap. V. Obligațiile părților va avea următorul conținut:

“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

ART. 6

1. Sumele se angajează anual în limita sumelor aprobate prin Legea bugetului de stat.

2. Pentru anul 2012 valoarea contractului (se detaliază fiecare program/subprogram) este: **214.420,00 lei**,
din care:

- **Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoza = 214.420,00 lei**
din care:

- medicamente = 177.670,00 lei
- materiale sanitare = 36.750,00 lei

III. Restul prevederilor contractului pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ nr. 12/2011, raman neschimbate.

IV. Prezentul act adițional a fost încheiat azi 24 aprilie 2012 în doua exemplare câte unul pentru fiecare parte contractantă si își produce efectele juridice de la data de 24.04.2012 pâna la data de 31.12.2012.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE, FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE,

Președinte - Director general,
Jr. Valerica Fratila

Director
Directia economica,
Ec. Marieana Atomulesei

Director
Directia relatii contractuale,
Ec. Gabriela Zamfir

Medic șef,
Dr. Magda Spanoiu

Vizat.
Compartiment
Juridic și contencios

Intocmit,
Ec. Aurel Husar-Cotta

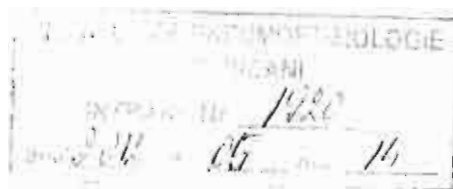
Manager,
Emilia Ciobanu

Director financiar-contabil,
Ec. Maria Anton

Director medical,
Dr. Ecaterina-Aurica Ganea

Directorul pentru
cercetare-dezvoltare,
.....





CAS NEASMT
Nr. 1380/24.04.2012

**Act adițional nr. 4/2012
la contractul pentru finanțarea programelor/subprogramelor
din cadrul programului național cu scop curativ în anul 2011
nr. 12**

I. Părțile contractante

Casa de Asigurari de Sanatate Neamt, cu sediul in municipiul Piatra Neamt, str. Lt.Draghescu nr.4B, judetul Neamt, telefon/fax 40-0233-230612/230513, reprezentata prin presedinte-director general jr. Valerica Fratila,

și

Unitatea sanitară cu paturi **Spitalul de pneumoftiziologie Bisericani**, cu sediul în comuna Alexandru cel Bun, sat Bisericani, judetul Neamt, telefon 241500, fax, 241965, reprezentat prin : Emilia Ciobanu, avind actul de infiintare / organizare nr. 1681/2006 modificat prin OMS nr. 797/2010, autorizația sanitară de funcționare nr. 435/31.12.2010, dovada de evaluare nr. 13/25.09.2009, codul fiscal 2613095 și contul nr. RO06TREZ4915041XXX000253 deschis la Trezoreria Statului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata derulării Contractului nr. 12/2011,

Avand in vedere:

Referatul nr. P 5444/18.04.2012 emis de Director Directia R.C. pentru angajarea sumelor primite suplimentar in vederea finantarii programelor nationale de sanatate,

Referatul compartimentului spitale nr. P 5598/23.04.2012 cu propuneri de alocare pe unitati sanitare cu paturi in anul 2012 a sumelor suplimentare destinate finantarii programelor nationale de sanatate,

Convin urmatoarele:

II. Capitolul V – Valoarea contractului se modifica si va avea urmatorul continut:

"V. Valoarea contractului

ART. 6

1. Sumele se angajează anual în limita sumelor aprobate prin Legea bugetului de stat.

2. Pentru anul 2012 valoarea contractului (se detaliază fiecare program/subprogram) este: **214.420,00 lei**,
din care:

- **Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoza = 214.420,00 lei**
din care:

- medicamente = 177.670,00 lei
- materiale sanitare = 36.750,00 lei

III. Restul prevederilor contractului pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ nr. 12/2011, raman neschimbate.

IV. Prezentul act adițional a fost încheiat azi 24 aprilie 2012 în doua exemplare câte unul pentru fiecare parte contractantă si își produce efectele juridice de la data de 24.04.2012 pâna la data de 31.12.2012.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE, FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE,

Președinte - Director general,
Jr. Valerica Fratila

Director
Directia economica,
Ec. Marieana Atomulesci

Director
Directia relatii contractuale,
Ec. Gabriela Zamfir

Medic șef,
Dr. Magda Spanoiu

Vizat.
Compartiment
Juridic și contencios

Intocmit,
Ec. Aurel Husar-Cotta

Manager,
Emilia Ciobanu

Director financiar-contabil,
Ec. Maria Anton

Director medical,
Dr. Ecaterina-Aurica Ganea

Directorul pentru
cercetare-dezvoltare,
.....

