

**CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicești
Nr. 13/2018**

I. Părțile contractante

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE PRAHOVA, cu sediul în municipiul Ploiești, str. Praga, nr. 1, județul Prahova, telefon 0244 594600, fax 0244 511443, e-mail info@casph.mmc.ro, reprezentată prin Președinte-Director General - Maguleanu Catalin

și

Unitatea sanitată cu paturi Spitalul de Pediatrie Ploiești, cu sediul în Ploiești, str. Str. Mihai Eminescu nr. 4-6, telefon: fix/mobil 0244 592805, fax 0244 518415, e-mail secretariat@spitalpediatrie.ro, reprezentată prin Visean Catalin.

Unitatea sanitată cu paturi este publică*)

*) Se va completa cu "publică" / "publică cu asociat unic unitate administrativ-teritorială"/ „privată”.

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a HG nr. 140/2018.

III. Servicii medicale spitalicești

Art. 2. - (1) 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 aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate, după caz, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinețe 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, cabinețe 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 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.

Beneficiază de internare fără bilet de internare situațiile prevăzute la art. 89 alin. (2) din anexa 2 la H.G. nr. 140/2018.

(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;
- f) cazare și masă, după caz.

IV. Durata contractului

Art. 3. - Prezentul contract este valabil de la data 01 mai 2018 până la data de 31 decembrie 2018.

Art. 4. - Durata prezentului contract se poate extinde prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 140/2018.

V. Obligațiile părților

Art. 5. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul

căsei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecărui 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, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravalarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond 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 în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și/sau prin poșta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 196 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 140/2018, furnizorii de servicii medicale 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 poșta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; 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;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravalarea acestor servicii în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile pentru să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertismentele emise de Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravalarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, 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 realizati și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare transmise până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018;

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

l) să deconteze contravalarea 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;

m) să monitorizeze activitatea desfășurată de spital în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externe și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018;

n) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile interne în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocolelor de practică medicală;

o) să monitorizeze internările de urgență, în funcție de tipul de internare, așa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului, cu modificările și completările ulterioare;

p) să monitorizeze lunar/trimestrial internăriile prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018;

q) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;

r) să publice pe pagina web proprie sumele prevăzute la art. 91 alin. (2) din anexa 2 la H.G. nr. 140/2018 și să le contracteze cu spitalele în conformitate cu prevederile acelaiași articol;

s) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 6. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale spitaliceste au următoarele obligații:

a) să informeze asigurați cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afișare într-un loc vizibil),

2. precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de medice sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la înlocuirea pentru cei cărora li se va emite card național după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază fără nicio discriminare;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel Tânăr în ziua în care modificarea produce efecte și reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) să verifice calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în HG nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea șiprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare bilunară/lunară/trimestrială, în vederea

decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

k) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiariilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca 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;

l) 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 informatici din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

m) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimis către unitățile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare și prescripția medicală electronică în ziua externării 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;

n) să funcționeze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului și să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

o) să completeze / să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

p) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, 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 ambulatoriu de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

q) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale spitalicești se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

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

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

ș) să raporteze corect și complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului 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;

t) 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 nr. 48 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018;

ț) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală elaborate și aprobate conform prevederilor legale;

u) 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;

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

w) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienților din parcoul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate transporta acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate, autorizate și evaluate; la achizițiile publice; încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare

x) 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 prespitalicească;

y) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescritori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

z) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

aa) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de internare / bilet de trimitere pentru specialități clinice, către unitățile sanitare de medicină fizică și de reabilitare cu paturi sau ambulatorii, - conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

2. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală , pe care o elibereză 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 asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobată prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să île prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

ab) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;

ac) să elibereze, pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate, care sunt în tratament pentru boala/bolile cronice cu medicamente, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o transmite spitalul la contractare și/sau cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital;

ad) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. c) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

ae) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezентate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune sănătății propriei persoane, din culpă - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

af) să elibereze, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale / biletului de ieșire din spital, pentru o perioadă de maximum 30 de zile; nerespectarea acestei obligații conduce la reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației.

ag) începând cu data de 1 iulie 2018 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate-referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocolelor terapeutice aprobată prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.

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. a1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018: **conform anexei nr.** ____

b) Suma pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății după caz - din alte spitale, care se stabilește astfel: **conform anexei nr.** ____

Secția/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare*) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
TOTAL				

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

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. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidentă art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonația procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2017.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă este de **conform anexei nr.** ____ și se stabilește astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2018 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018;

d) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018, 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 boli cronice, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel: **conform anexei nr. ____**

Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate,contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale cazurilor contractate
C1	C2	C3 = C1 x C2
TOTAL	X	

*) Tariful pe caz rezolvat/ serviciu medical se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

(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 pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru cazurile neinterne, 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 2018 este de **11.147.880,74 lei**.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2018 se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuți, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronici, servicii paliative, după cum urmează:

- **Suma aferentă trimestrului I 3.375.795,59 lei,**

din care:

- luna I 1.125.827,97 lei
- luna II 1.125.827,97 lei
- luna III 1.124.139,65 lei

- **Suma aferentă trimestrului II 3.415.479,67 lei,**

din care:

- luna IV 1.156.573,65 lei
- luna V 1.156.573,65 lei
- luna VI 1.102.332,37 lei

- **Suma aferentă trimestrului III 3.373.103,67 lei,**

din care:

- luna VII 1.156.573,65 lei
- luna VIII 1.156.573,65 lei
- luna IX 1.059.956,37 lei

- **Suma aferentă trimestrului IV 983.501,81 lei,**

din care:

- luna X 978.594,45 lei
- luna XI 2.453,68 lei
- luna XII 2.453,68 lei

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

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. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018 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 transmise 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 realizăți și în limita

sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 20.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a 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 transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până în ultima zi 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 de la data de 1 aprilie 2018 până la data de 30 noiembrie, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(8) 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 la art. 6 lit. a) pct. 1 și 2, lit. d) - i), k) - m), n), o) - s), t) - x), lit. aa) pct. 1 și pct. 2, lit. ab) și ac), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară.

(2) Nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la art. 6 lit. ș) 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 5% la valoarea de contract aferentă lunii respective suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a);

c) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente, inclusiv pentru raportarea de medicamente expirate, trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. y), z), ae) și ag) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (3) pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. z) se constată de casele de asigurări de sănătate 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) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

(6) Recuperarea sumei potrivit alin. (1) - (3) se face prin plată directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai 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, ministerile 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 (2).

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Art. 9. - Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. RO05TREZ52121F332100XXXX, deschis la Trezoreria TREZORERIA PLOIEȘTI.

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 forță 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 competență 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 înșetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și înșetării 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 rezoluțunea 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) înșetarea termenului de valabilitate 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 înșetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situație;

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. b) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secția/secțiile care nu îndeplinesc condițiile de contractare.

În situația în care toate secțiile spitalului nu îndeplinesc condițiile de contractare, suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității, iar valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

Art. 17. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încețează în următoarele situații:

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

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

a2) închetare 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 de același tip 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 de același tip 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) subpc. a2) și a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

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

XI. Corespondența

Art. 19. - (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celelalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

Art. 20. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrisă a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 5 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 contrare 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. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

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 că orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putința spiritului contractului.

Dacă încețează 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 legate 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

(1) Incepand cu data de 25 mai 2018, furnizorul este obligat sa respecte Regulamentul (UE) nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date si de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protectia datelor).

(2) Decontarea serviciilor medicale se realizeaza lunar, in termen de 15 zile calendaristice, in limitele prevederilor bugetare trimestriale alocate, precum si a creditelor bugetare deschise de ordonatorul principal de credite la acest capitol de asistenta medicala pe parcursul anului 2018.

(3) Spitalul are obligatia de a raporta lunar catre CAS Prahova atat situatia privind cazurile prezентate ca urmare a situatiilor in care le-au fost aduse prejudicii sau daune sanatati de catre alte persoane, precum si daune sanatati proprii persoane, din culpa, cat si situatia privind stadiul fiecarui caz raportat anterior in vederea recuperarii sumelor datorate, in interiorul termenului de prescriptie prevazut de lege.

Spitalul care acorda asistenta medicala victimelor actiunilor culpabile produse atat prin fapta altel persoane, cat si ca urmare a propriei fapte, are obligatia de a recupera sumele de la cei care au obligatia platii, respectiv persoanele care prin faptele lor au produs prejudicii sanatatii altel persoane sau lor insisi, si de a le restitui caselor de asigurari de sanatate, reintregind astfel, Fondul National de Asigurari Sociale de Sanatate.

(4) Spitalul are obligatia de a restitui catre CAS Prahova in termen de 10 zile lucratoare de la data incasarii de la persoana vinovata a contravalorii cazului raportat ca accident rutier sau agresiune. In caz contrar, spitalul va plati dobanzi accesoriei calculate inclusiv pana data restituirii sumei incasate.

(5) Anexe fac parte integranta din contract.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicesti in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost inchis azi, 24.04.2018, in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
PRAHOVA**

Președinte - Director general,
Maguleanu Catalin



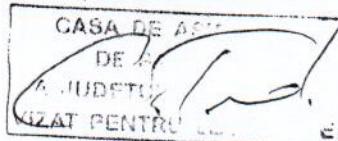
Director Exec. Dir. Economica,
Oncel Eliza

Director Exec. Dir. Relatii Contractuale,
Stoea Catalin

Sef Serviciu ECFSMFDM,
Dridea Mihaela

Vizat
Comp. Juridic, Contencios, Purtator de cuvant

Intocmit,
Iordan Angela



**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE,
Spitalul de Pediatrica Ploiești**

Manager,



Director medical,

Director financiar –contabil,

Director de îngrijiri,

Suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti cf. art. 7 (1), lit.a din contractul de furnizare servicii medicale spitalicesti

Luna	Nr. cazuri externe	ICM	Tarif pe caz ponderat	Suma
ianuarie 2018	362	1,0552	1.600,00	611.171,84
februarie 2018	362	1,0552	1.600,00	611.171,84
martie 2018	361	1,0552	1.600,00	609.483,52
trim. I 2018	1.085			1.831.827,20
aprilie 2018	396	1,0594	1.600,00	671.235,84
mai 2018	396	1,0594	1.600,00	671.235,84
iunie 2018	364	1,0594	1.600,00	616.994,56
trim. II 2018	1.156			1.959.466,24
iulie 2018	396	1,0594	1.600,00	671.235,84
august 2018	396	1,0594	1.600,00	671.235,84
septembrie 2018	339	1,0594	1.600,00	574.618,56
trim. III 2018	1.131			1.917.090,24
octombrie 2018	291	1,0594	1.600,00	493.256,64
noiembrie 2018	1	1,0594	1.600,00	1.695,04
decembrie 2018	1	1,0594	1.600,00	1.695,04
trim. IV 2018	293			496.646,72
AN 2018	3.665			6.205.030,40

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
PRAHOVA

PRESEDINTE – DIRECTOR GENERAL,
Maguleanu Catalin

DIRECTOR DIRECȚIA ECONOMICĂ,
Oncel Eliza

DIRECTOR DIRECȚIA RELAȚII CONTRACTUALE,
Stoea Catalin

SEF SERVICIU Evaluare, Contractare FSMFDM,
Dridea Mihaela

VIZAT,
JURIDIC, CONTENCIOS, PURTATOR DE CUVANT,

Intocmit,
Angela Iordan

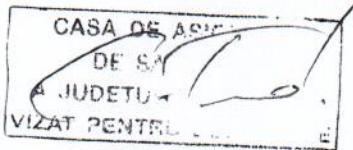
FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI

MANAGER,

DIRECTOR MEDICAL,

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL

DIRECTOR DE INGRIJIRI,



Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, conform art. 7(1), lit. e din contractul de furnizare servicii medicale spitalicesti - CAZURI MEDICALE (B.1)

	Cod diagnost ic	Denumire afectiune (diagnostic)	Numar cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri									Tarif pe caz rezolvat medical negociat	
			aprilie	mai	iunie	iulie	august	septembrie	octombrie	noiembrie	decembrie		
SPT_M001	A04.9	Infectia intestinala bacteriana, nespecificata	4	4	4	4	4	4	4	1	1	30	304,46
SPT_M002	A08.4	Infectia intestinala virală, nespecificata	5	5	5	5	5	5	5	0	0	35	241,74
SPT_M003	A09	Diareea si gastro-enterita probabil infectioase	5	5	5	5	5	5	5	0	0	35	233,31
SPT_M009	D50.8	Alte anemii prin carenta de fier	2	2	2	2	2	2	2	0	0	14	374,36
SPT_M010	D50.9	Anemii prin carenta de fier, nespecificata	2	2	2	2	2	2	2	0	0	14	212,28
SPT_M016	E44.0	Malnutritia proteino-energetica moderata	4	4	4	4	4	4	4	0	0	28	325,04
SPT_M017	E44.1	Malnutritia proteino-energetica usoara	4	4	4	4	4	4	4	0	0	28	321,96
SPT_M018	E66.0	Obesitate datorita unui exces calorici	2	2	2	2	2	2	2	0	0	14	263,33
SPT_M021	F50.9	Tulburare de apetit, nespecificata	4	4	4	4	4	4	4	0	0	28	297,53
SPT_M024	I20.8	Alte forme de angina pectorala (*fara coronarografie)	8	8	8	8	8	8	8	0	0	56	222,96
SPT_M033	J00	Rino-faringita acuta [guturialu comun] (*pentru copii 0-5 ani)	5	5	5	5	5	5	5	0	0	35	124,20
SPT_M034	J02.9	Faringita acuta, nespecificata (*pentru copii 0-5 ani)	5	5	5	5	5	5	5	0	0	35	156,92
SPT_M035	J03.9	Amigdalita acuta, nespecificata	5	5	5	5	5	5	5	0	0	35	132,20
SPT_M036	J06.8	Alte infectii acute ale cailor respiratorii superioare cu localizari multiple	4	4	4	4	4	4	4	0	0	28	171,71
SPT_M037	J06.9	Infectii acute ale cailor respiratorii superioare,	5	5	5	5	5	5	5	0	0	35	163,56
SPT_M038	J12.9	Pneumonia virală, nespecificata	5	5	5	5	5	5	5	0	0	35	372,77
SPT_M039	J15.8	Alte pneumonii bacteriene	3	3	3	3	3	3	3	0	0	21	361,01
SPT_M042	J18.9	Pneumonie, nespecificata	5	5	5	5	5	5	5	0	0	35	417,73
SPT_M043	J20.9	Bronsita acuta, nespecificata	5	5	5	5	5	5	5	0	0	35	168,46
SPT_M044	J44.0	Boala pulmonara obstructiva cronica cu infectie acuta a cailor respiratori inferioare	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	375,74
SPT_M045	J44.1	Boala pulmonara obstructiva cronica cu exacerbare acuta, nespecificata	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	331,18
SPT_M047	J45.0	Astmu cu predominantia alergica	2	2	2	2	2	2	2	0	0	14	177,30
SPT_M048	J47	Broniectazia	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	296,39
SPT_M049	J84.8	Alte boli pulmonare interstitiale specificate	2	2	2	2	2	2	2	0	0	14	380,09
SPT_M050	K84.9	Boala pulmonara interstitiala, nespecificata	2	2	2	2	2	2	2	0	0	14	245,87
SPT_M051	K21.0	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagita	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	293,57
SPT_M052	K21.9	Boala refluxului gastro-esofagian fara esofagita	2	2	2	2	2	2	2	0	0	14	221,28
SPT_M053	K26.3	Ulcerul duodenal, acut fara hemoragie sau perforatie, diagnosticat anterior	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	200,82
SPT_M054	K29.1	Alte gastrite acute	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	265,21
SPT_M057	K30	Dispepsia	25	25	25	25	25	25	25	0	0	175	180,12
SPT_M058	K52.9	Gastroenterita si colita neinfectioase, nespecificate	4	4	4	4	4	4	4	0	0	28	241,02
SPT_M059	K58.0	Sindrromul intestinului iritabil cu diaree	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	322,47
SPT_M060	K58.9	Sindrromul intestinului iritabil fara diaree	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	309,88
SPT_M063	K75.2	Hepatita reactiva nespecifica	2	2	2	2	2	2	2	0	0	14	352,23
SPT_M067	K82.8	Alte boli specificate ale vezicii biliare	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	263,17
SPT_M068	K91.1	Sindroame dupa chirurgia gastrica	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	273,67

Cod diagnost ic	Denumire afectiune (diagnostic)	Numar cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri										Tarif pe caz rezolvat medical negociat
		aprilie	mai	iunie	iulie	august	septembrie	octombrie	noiembrie	decembrie	Total AN 2018	
SPT_M070	L50.0 Urticaria alergica (fara Edem Quinke)	3	3	3	3	3	3	3	0	0	21	156,08
SPT_M077	N30.0 Cistita acuta	2	2	2	2	2	2	2	0	0	14	209,51
SPT_M078	N39.0 Infectia tractului urinar, cu localizare nespecificata	6	6	6	6	6	6	6	0	0	42	213,11
SPT_M081	N92.0 Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclul menstrual	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	225,17
SPT_M082	N92.1 Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclul menstrual neregulat	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	219,01
SPT_M092	R10.4 Alta durere abdominala si nespecificata	20	20	20	20	20	20	20	0	0	140	134,41
SPT_M093	R59.0 Ganglionii limfatici mariti localizati	3	3	3	3	3	3	3	0	0	21	238,70
SPT_M096	Z46.6 Amplasarea si ajustarea unei proteze urinare	2	2	2	2	2	2	2	0	0	14	102,66
SPT_M097	Z50.9 Ingriglii implicand o procedura de reabilitare, nespecificata	25	25	25	25	25	25	25	0	0	175	178,95
SPT_M102	R60.0 Edem localizat	6	6	6	6	6	6	6	0	0	42	178,95
TOTAL		200	200	200	200	200	200	200	1	1	1.402	



FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI



PRESEDINTE - DIRECTOR GENERAL
Magureanu Catalin

DIRECTOR DIRECTIA ECONOMICA *
Onel Eliza

DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE,
Stocea Catalin

SEF SERVICIU Evaluare, Contractare FSMFDM,
Drida Mihaela

VIZAT,
JURIDIC, CONTENCIOS, PURTATOR DE CUVANT,

Intocmit,
Angela Iordan

CASA DE AFACERI
DF SA
A JUDETULUI
VIZAT PENTRU

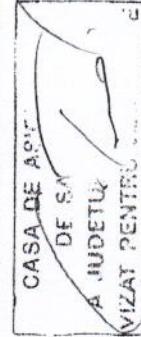
MANAGER,

DIRECTOR MEDICAL,

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,

DIRECTOR DE INGRIGIRI,


Valoare Ianuarie 2018: 49.762,10
Valoare februarie 2018: 49.762,10
Valoare martie 2018: 49.762,10
Valoare trim.I 2018: 149.286,30
Valoare aprilie 2018: 43.223,72
Valoare mai 2018: 43.223,72
Valoare iunie 2018: 43.223,72
Valoare trim.II 2018: 129.671,16
Valoare iulie 2018: 43.223,72
Valoare august 2018: 43.223,72
Valoare septembrie 2018: 43.223,72
Valoare trim.III 2018: 129.671,16
Valoare octombrie 2018: 43.223,72
Valoare noiembrie 2018: 304,46
Valoare decembrie 2018: 304,46
Valoare trim.IV 2018: 43.832,64
TOTAL AN 2018 452.461,26



SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI

anexa nr. __ la contractul nr.13/2018

Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, conform art. 7(1), lit. e din contractul de furnizare servicii medicale spitalicești - CAZURI CHIRURGICALE (B.2)

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Cod procedura	Denumire procedură chirurgicală	Numar cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri									Total AN 2018	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală
			aprilie	mai	iunie	iulie	august	septembrie	octombrie	noiembrie	decembrie		
SPT_C001	Miringotomia cu insertia de tub unilateral	D01003	Miringotomia cu insertie de tub, unilateral	7	7	7	7	7	7	1	1	51	283,18
SPT_C002	Miringotomia cu insertia de tub bilateral	D01004	Miringotomia cu insertie de tub, bilateral	7	7	7	7	7	7	0	0	49	283,18
SPT_C003	Amigdalectomie	E04301	Tonsilectomia fara adenoidectomie	5	5	5	5	5	5	0	0	35	573,48
SPT_C004	Amigdalectomie	E04302	Tonsilectomia cu adenoidectomie	5	5	5	5	5	5	0	0	35	589,67
SPT_C007	Biopsie ganglioni laterocervicali si	I00601	Biopsie de ganglion limfatic	4	4	4	4	4	4	0	0	28	410,29
SPT_C009	Implantare cateter pleural	G04103	Insertia catetetrului intercostal pentru drenaj	1	1	1	1	1	1	0	0	7	587,01
SPT_C016	Adenoidectomie	E04303	Adenoidectomia fara tonsilectomie	7	7	7	7	7	7	0	0	49	589,67
SPT_C017	Extractia de corpi strani prin bronhoscopie	G02502	Bronhoscoopia cu extractia unui corp stran	2	2	2	2	2	2	0	0	14	526,19
SPT_C037	Indepartarea materialului de osteosinteza	O18104	Indepeartarea de brosa, surub sau fir metalic, neclasificata in alta parte	7	7	7	7	7	7	0	0	49	492,38
SPT_C038	Indepartarea materialului de osteosinteza	O18106	Indepeartarea de placă tija sau cui, neclasificata in alta parte	7	7	7	7	7	7	0	0	49	487,01
SPT_C039	Reparatia diformitatii piciorului	O20404	Corectia diformitatii osoase	5	5	5	5	5	5	0	0	35	1.396,61
SPT_C054	Hemoroidectomia	J08504	Hemoroidectomia	2	2	2	2	2	2	0	0	14	593,85
SPT_C059	Endoscopie digestiva	J00101	Esofagoscopia flexibila	5	5	5	5	5	5	0	0	35	371,57
SPT_C066	Endoscopie digestiva	J05502	Colonoscopia flexibila pana la cec	5	5	5	5	5	5	0	0	35	348,10
SPT_C077	Debridarea non excisionala a tegumentului si tesutului subcutanat	P02103	Debridarea non excisionala a arsurii	5	5	5	5	5	5	0	0	35	162,44
SPT_C078	Debridarea excisionala a partilor moi	O19301	Debridarea excisionala a partilor moi	10	10	10	10	10	10	0	0	70	608,36
SPT_C079	Debridarea excisionala a tegumentului si tesutului subcutanat	P02201	Debridarea excisionala a tegumentului si tesutului subcutanat	10	10	10	10	10	10	0	0	70	564,89
SPT_C081	Aplicarea dispozitivului de fixare externa neclasificata	O17801	Aplicarea dispozitivului de fixare externa neclasificata altundeva	14	14	14	14	14	14	0	0	98	965,45
SPT_C082	Biopsia tegumentulisi	P01701	Biopsia tegumentului si tesutului subcutanat	3	3	3	3	3	3	0	0	21	566,89
SPT_C083	Incizia si drenajul tegumentelor si ale tesutului subcutanat	P00701	Incizia si drenajul hematomului tegumentar si al tesutului subcutanat	5	5	5	5	5	5	0	0	35	464,89
	Incizia si drenajul tegumentelor si ale tesutului subcutanat	P00702	Incizia si drenajul abceselor subcutanat	3	3	3	3	3	3	0	0	21	480,18

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală			Numar cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri de proceduri chirurgicale												Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală
	Cod procedura	Denumire procedură chirurgicală	aprilie	mai	iunie	iulie	august	septembrie	octombrie	noiembrie	decembrie	Total AN 2018			
SPT_C084	E04701	Examinare fibroscopică a faringelui	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	35	417,46	
SPT_C086	P01901	Excizia lezunilor tegumentare si tesutului subcutanat	7	7	7	7	7	7	7	0	0	0	49	555,61	
SPT_C088	P00601	Indepartarea corilor straini din tegument si tesutul subcutanat cu incizie	5	5	5	5	5	5	5	0	0	0	35	454,09	
SPT_C089	P01309	Electroterapia lezunilor tegumentare, leziune unică multiple/lezii unice	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	14	252,47	
SPT_C090	P02902	Repararea plagilor tegumentare si ale tesutului subcutanat in alte zone implicand si tesuturile profunde	7	7	7	7	7	7	7	0	0	0	49	514,89	
SPT_C092	P02504	Rezectia parțială a unghiei incarnată	7	7	7	7	7	7	7	0	0	0	49	252,47	
SPT_C148	J12507	Terapia chirurgicală a granulomului umbilical	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0	21	288,87	
		TOTAL	155	155	155	155	155	155	155	1	1	1	1.087		

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE PRAHOVA

PRESEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
Maguleanu Catalin
DIRECTOR DIRECȚIA ECONOMICĂ,
Oncel Eliza

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI



Valoare ianuarie 2018: 71.594,03
Valoare februarie 2018: 71.594,03
Valoare martie 2018: 71.594,03
Valoare trim.I 2018: 214.782,09
Valoare aprilie 2018: 82.330,09
Valoare mai 2018: 82.330,09
Valoare iunie 2018: 82.330,09
Valoare trim.II 2018: 246.990,27
Valoare iulie 2018: 82.330,09
Valoare august 2018: 82.330,09
Valoare septembrie 2018: 82.330,09
Valoare octombrie 2018: 82.330,09
Valoare noiembrie 2018: 283,18
Valoare decembrie 2018: 283,18
Valoare trim.IV 2018: 82.896,45
TOTAL AN 2018: 791.659,08

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,

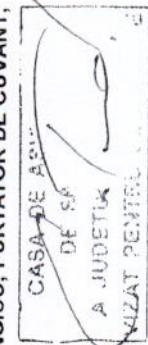
Stoica Catalin

SEF SERVICIU Evaluare, Contractare FSMFDM,
Dridea Mihaela

VIZAT,
JURIDIC, CONTEMNOS, PURTATOR DE CUVANT,

Intocmit,

Angela Iordan



SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI

anexa nr. ____ la contractul nr. 13/2018

Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, conform art. 7(1), lit. e din contractul de furnizare servicii medicale spitalicesti - SERVICII (B.3.2)

	Denumire serviciu medical	Numar servicii medicale, contractate, pe tipuri										Tarif pe serviciu medical negociat
		aprilie	mai	iunie	iulie	august	septembrie	octombrie	noiembrie	decembrie	Total AN 2018	
SPT_116	Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății	2104	2104	2104	2104	2104	2104	2104	1	1	14730	171,00
	TOTAL	2.104	2.104	2.104	2.104	2.104	2.104	2.104	1	1	14.730	

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE PRAHOVA

PRESEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
Maguleanu Catalin

DIRECTOR DIRECȚIA ECONOMICĂ,
Onel Eliza

DIRECTOR DIRECȚIA RELAȚII CONTRACTUALE,
Stoica Catalin

SEF SERVICIU Evaluare, Contractare FSMFDM,
Dridea Mihaela

VIZAT, JURIDIC, CONTENCIOS, PURTATOR DE CUVANT,
Intocmit,
Angela Iordan

**CASA DE AFACERI
DE JUDETUL
VIZAT PENTRU:**

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI**

MANAGER,
R. Atog

DIRECTOR MEDICAL,
R. Atog

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,
R. Atog

DIRECTOR DE INGRIJIRI,
R. Atog

	aprilie	mai	iunie	iulie	august	septembrie	octombrie	noiembrie	decembrie	Total AN 2018	Tarif pe serviciu medical negociat
	2104	2104	2104	2104	2104	2104	2104	2104	1	14730	171,00

	Valoare ianuarie 2018:	Valoare februarie 2018:	Valoare martie 2018:	Valoare trim.I 2018:	Valoare aprilie 2018:	Valoare mai 2018:	Valoare iunie 2018:	Valoare trim.II 2018:	Valoare iulie 2018:	Valoare august 2018:	Valoare septembrie 2018:	Valoare octombrie 2018:	Valoare noiembrie 2018:	Valoare decembrie 2018:	Valoare trim.IV 2018:	TOTAL AN 2018
	393.300,00	393.300,00	393.300,00	1.179.900,00	359.784,00	359.784,00	359.784,00	1.079.352,00	359.784,00	359.784,00	359.784,00	359.784,00	359.784,00	360.126,00	3.698.730,00	