

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicești
2/173 / 27-04-2018



I. Părțile contractante

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE MUREȘ, cu sediul în municipiul/orașul Târgu Mureș, str. Aurel Filimon, nr. 19, județul/sectorul MUREȘ, telefon 0265-250040, fax 0265-250031, reprezentată prin președinte-director general Ec. Rodica BIRO,

și

Unitatea sanitară cu paturi SPITALUL MUNICIPAL "DR.EUGEN NICOARA" REGHIN, cu sediul în Reghin, str. Spitalului nr. 19-20, telefon 0265-512712, fax 0265-512809, e-mail secretariat@spitalreghin.ro, reprezentat prin Dr. Farcas Narcisa,

Unitatea sanitară cu paturi este publică

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform 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, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care 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 de 01-05-2018 până la data de 31-12-2018.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi 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 casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în 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, contravaloarea 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 contravaloarea 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, contravaloarea 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 realizați 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 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;

m) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale 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 internate în regim de

spitalizare continuă, precum și respectarea protocoalelor 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 internările 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 aceluiași 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 spitalicești au următoarele obligații:

a) să informeze asigurații 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 asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale 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 medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile 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 data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, 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 Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări 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 târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform 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 și aprobarea 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 împlinște 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 beneficiarilor 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 informatice 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 trimitere 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 ambulatoriul 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;

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

g) 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;

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

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

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

k) 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 prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

l) 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 eliberează 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 aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le 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. 140/2018; 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 împlinște 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 prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune sănătății proprii 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 protocoalelor terapeutice aprobate 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 pentru **perioada mai- decembrie 2018** se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma contractată pentru **perioada mai-decembrie 2018**, 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: 5.909.179,10 lei

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2018	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2018	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Dermatologie	152	0,9941	1.475,00	222.877,24
Chirurgie generala	392	0,9941	1.475,00	574.788,64
Ortopedie si traumatologie	38	0,9941	1.475,00	55.719,34
Obstetrica-Ginecologie	812	0,9941	1.475,00	1.190.633,56
Urologie	38	0,9941	1.475,00	55.719,34
Boli infectioase	440	0,9941	1.475,00	645.170,92
Cardiologie	206	0,9941	1.475,00	302.057,32
Otorinolaringologie (ORL)	170	0,9941	1.475,00	249.270,58
Pediatrie	722	0,9941	1.475,00	1.058.666,80
Neonatologie (nn si nascuti)	242	0,9941	1.475,00	354.844,00
Medicina interna	818	0,9941	1.475,00	1.199.431,36
			TOTAL	5.909.179,10

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăsește în Anexa 1.

b) Suma contractată pentru **perioada mai – decembrie 2018**, pentru spitalele de cronici, 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: **336.758,40 lei**

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
Cronici- Medicina interna	120	10.58	190,00	241.224,00
Neonatologie (prematuri)	24	15.31	260,00	95.534,40
			TOTAL	336.758,40

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăsește în Anexa 2.

*) 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 incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, 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 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 și **NU ESTE CAZUL**.

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 cronici, 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: **NU ESTE CAZUL**

Secția/Compartimentul	Nr. cazuri externe	Tarif mediu pe caz rezolvat	Suma
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
.....
TOTAL			0,00

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, pentru **perioada mai - decembrie 2018** care se stabilește astfel: **2.110.125,00 lei**

Secția	Cazuri spitalizare de zi	Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciul medical negociat*	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
Boli infectioase		48	140,00	6.720,00
Boli infectioase		8	145,00	1.160,00
Boli infectioase		8	160,00	1.280,00
Boli infectioase		8	170,00	1.360,00
Boli infectioase		8	180,00	1.440,00
Boli infectioase		8	205,00	1.640,00
Boli infectioase		8	220,00	1.760,00
Boli infectioase		16	230,00	3.680,00
Boli infectioase		24	245,00	5.880,00
Boli infectioase		16	260,00	4.160,00
Boli infectioase		8	270,00	2.160,00

Boli infectioase		8	275,00	2.200,00
Boli infectioase		32	290,00	9.280,00
Boli infectioase		24	300,00	7.200,00
Boli infectioase		32	320,00	10.240,00
Boli infectioase		8	380,00	3.040,00
Boli infectioase		8	450,00	3.600,00
Boli infectioase		8	500,00	4.000,00
Cardiologie		8	140,00	1.120,00
Cardiologie		16	220,00	3.520,00
Cardiologie		8	240,00	1.920,00
Cardiologie		16	260,00	4.160,00
Cardiologie		8	290,00	2.320,00
Cardiologie		40	300,00	12.000,00
Cardiologie		24	310,00	7.440,00
Cardiologie		8	320,00	2.560,00
Chirurgie generala		8	160,00	1.280,00
Chirurgie generala		8	170,00	1.360,00
Chirurgie generala		24	180,00	4.320,00
Chirurgie generala		8	190,00	1.520,00
Chirurgie generala		16	220,00	3.520,00
Chirurgie generala		8	230,00	1.840,00
Chirurgie generala		8	240,00	1.920,00
Chirurgie generala		8	245,00	1.960,00
Chirurgie generala		8	270,00	2.160,00
Chirurgie generala		8	310,00	2.480,00
Chirurgie generala		8	400,00	3.200,00
Chirurgie generala		16	450,00	7.200,00
Chirurgie generala		8	490,00	3.920,00
Chirurgie generala		8	520,00	4.160,00
Dermatologie		8	165,00	1.320,00
Dermatologie		16	220,00	3.520,00
Dermatologie		8	240,00	1.920,00
Dermatologie		8	260,00	2.080,00
Dermatologie		32	310,00	9.920,00
Medicina interna		8	110,00	880,00
Medicina interna		16	140,00	2.240,00
Medicina interna		8	145,00	1.160,00
Medicina interna		8	160,00	1.280,00
Medicina interna		8	165,00	1.320,00
Medicina interna		8	170,00	1.360,00
Medicina interna		16	180,00	2.880,00
Medicina interna		8	190,00	1.520,00
Medicina interna		8	210,00	1.680,00
Medicina interna		24	220,00	5.280,00
Medicina interna		8	230,00	1.840,00
Medicina interna		16	236,00	3.776,00
Medicina interna		16	240,00	3.840,00
Medicina interna		40	245,00	9.800,00
Medicina interna		8	250,00	2.000,00
Medicina interna		16	260,00	4.160,00
Medicina interna		16	270,00	4.320,00
Medicina interna		24	275,00	6.600,00
Medicina interna		32	290,00	9.280,00
Medicina interna		64	300,00	19.200,00
Medicina interna		24	310,00	7.440,00
Medicina interna		40	320,00	12.800,00
Medicina interna		16	340,00	5.440,00
Obstetrica- Ginecologie		16	90,00	1.440,00
Obstetrica-		24	110,00	2.640,00

Ginecologie				
Obstetrica-Ginecologie		8	135,00	1.080,00
Obstetrica-Ginecologie		8	160,00	1.280,00
Obstetrica-Ginecologie		16	170,00	2.720,00
Obstetrica-Ginecologie		8	175,00	1.400,00
Obstetrica-Ginecologie		16	180,00	2.880,00
Obstetrica-Ginecologie		8	250,00	2.000,00
Obstetrica-Ginecologie		16	260,00	4.160,00
Obstetrica-Ginecologie		8	270,00	2.160,00
Obstetrica-Ginecologie		8	275,00	2.200,00
Obstetrica-Ginecologie		32	310,00	9.920,00
Obstetrica-Ginecologie		8	370,00	2.960,00
Obstetrica-Ginecologie		8	380,00	3.040,00
Obstetrica-Ginecologie		8	450,00	3.600,00
Ortopedie traumatologie	si	16	160,00	2.560,00
Ortopedie traumatologie	si	16	220,00	3.520,00
Ortopedie traumatologie	si	8	260,00	2.080,00
Ortopedie traumatologie	si	8	270,00	2.160,00
Ortopedie traumatologie	si	8	300,00	2.400,00
Ortopedie traumatologie	si	8	380,00	3.040,00
Ortopedie traumatologie	si	8	520,00	4.160,00
Otorinolaringologie (ORL)		40	140,00	5.600,00
Otorinolaringologie (ORL)		8	245,00	1.960,00
Otorinolaringologie (ORL)		8	360,00	2.880,00
Otorinolaringologie (ORL)		8	410,00	3.280,00
Otorinolaringologie (ORL)		8	450,00	3.600,00
Pediatrie		8	135,00	1.080,00
Pediatrie		56	140,00	7.840,00
Pediatrie		8	145,00	1.160,00
Pediatrie		8	160,00	1.280,00
Pediatrie		8	190,00	1.520,00
Pediatrie		8	195,00	1.560,00
Pediatrie		16	236,00	3.776,00
Pediatrie		16	245,00	3.920,00
Pediatrie		8	260,00	2.080,00
Pediatrie		24	290,00	6.960,00

Pediatrie		8	300,00	2.400,00
Pediatrie		8	320,00	2.560,00
Pediatrie		8	410,00	3.280,00
Urologie		16	160,00	2.560,00
Urologie		16	170,00	2.720,00
Urologie		8	175,00	1.400,00
x		9953	171,00	1.701.963,00
x		5	327,00	1.635,00
x		5	394,00	1.970,00
x		5	130,00	650,00
x		5	111,00	555,00
x		5	200,00	1.000,00
			TOTAL	2.110.125,00

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăsește în Anexa 3.

*) Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat 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, cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru cazurile neinternate, precum și numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2018 este de 13.316.617,27 lei

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

- Suma aferentă trimestrului I 3.726.037,50 lei, sumă contractată prin acte adiționale la contract nr. 2/173/2016

- Suma aferentă trimestrului II 3.894.276,37 lei,

din care:

- luna IV 1.234.517,27 lei, suma contractată prin acte adiționale la contract nr. 2/173/2016

- luna V 1.329.879,55 lei,

- luna VI 1.329.879,55 lei,

- Suma aferentă trimestrului III 3.962.449,65 lei,

din care:

- luna VII 1.320.816,55 lei,

- luna VIII 1.320.816,55 lei,

- luna IX 1.320.816,55 lei,

- Suma aferentă trimestrului IV 1.733.853,75 lei,

din care:

- luna X 1.234.496,55 lei,

- luna XI 271.481,10 lei,

- luna XII 227.876,10 lei

b. Valoarea prezentului contract pentru perioada mai – decembrie 2018 este în suma de 8.356.062,50 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 15 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 ultima zi, 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 transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 19.

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 la data de 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 plata 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 plata 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, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (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. RO07TREZ47721F332100XXXX deschis la TREZORERIE OPERATIVA MUNICIPIUL REGHIN.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 15 În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea și suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

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

b) încetarea termenului de valabilitate 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 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 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 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) subpt. a2) și a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpt. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se 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 celeilalte 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 scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 15 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 ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 1) Litigiile 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

ART. 24. Decontarea serviciilor medicale efectuate se va face de către CAS Mures, în condițiile pct.4 din Ordinul MF. nr. 1792/2002, în limita creditelor bugetare deschise și a disponibilului

ART.25. Începând cu data de 25 mai 2018, furnizorul se obliga sa respecte Regulamentul (UE) nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (regulamentul general privind protecția datelor).

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 27-04-2018, în două exemplare a câte 14 pagini fiecare și Anexele nr 1- 3, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Presedinte - Director General,
Ec. Rodica BIRO

Manager,
Dr. Farcas Narcisa

Director executiv al Direcției economice,
Ec. Manuel-Augustin BUTIULCA

Director executiv al Direcției relații contractuale,
Cons.Jur. Claudia MOLDOVAN

Director financiar-contabil,
Ec. Santamarian Mirela

Vizat
Comp. Juridic, Contencios
Administrativ



C.A.S. MUREȘ 9
„Certificat în privința realității și
regularității și legalității”

27 APR. 2018

PANTEA DANA TEODORA

C.A.S. MUREȘ 1

27 APR. 2018

Vizat pentru control
financiar preventiv propriu

ANEXA 1
la
CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
2/173 / 27-04-2018

Detalierea pe luni a 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:

Anexa MAI 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case- mix pentru anul 2017	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2017	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Dermatologie	25	0,9941	1.475,00	36.657,44
Chirurgie generala	65	0,9941	1.475,00	95.309,34
Ortopedie si traumatologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Obstetrica-Ginecologie	135	0,9941	1.475,00	197.950,16
Urologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Boli infectioase	73	0,9941	1.475,00	107.039,72
Cardiologie	34	0,9941	1.475,00	49.854,12
Otorinolaringologie (ORL)	28	0,9941	1.475,00	41.056,33
Pediatrie	120	0,9941	1.475,00	175.955,70
Neonatologie (nn si nascuti)	40	0,9941	1.475,00	58.651,90
Medicina interna	136	0,9941	1.475,00	199.416,46
TOTAL	668	x	x	979.486,75

Anexa IUNIE 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case- mix pentru anul 2017	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2017	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Dermatologie	25	0,9941	1.475,00	36.657,44
Chirurgie generala	65	0,9941	1.475,00	95.309,34
Ortopedie si traumatologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Obstetrica-Ginecologie	135	0,9941	1.475,00	197.950,16
Urologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Boli infectioase	73	0,9941	1.475,00	107.039,72
Cardiologie	34	0,9941	1.475,00	49.854,12
Otorinolaringologie (ORL)	28	0,9941	1.475,00	41.056,33
Pediatrie	120	0,9941	1.475,00	175.955,70
Neonatologie (nn si nascuti)	40	0,9941	1.475,00	58.651,90
Medicina interna	136	0,9941	1.475,00	199.416,46
TOTAL	668	x	x	979.486,75
TOTAL TRIMESTRU II 2018	1336	x	x	1.958.973,50

Anexa IULIE 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2017	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2017	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Dermatologie	25	0,9941	1.475,00	36.657,44
Chirurgie generala	65	0,9941	1.475,00	95.309,34
Ortopedie si traumatologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Obstetrica-Ginecologie	135	0,9941	1.475,00	197.950,16
Urologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Boli infectioase	73	0,9941	1.475,00	107.039,72
Cardiologie	34	0,9941	1.475,00	49.854,12
Otorinolaringologie (ORL)	28	0,9941	1.475,00	41.056,33
Pediatrie	120	0,9941	1.475,00	175.955,70
Neonatologie (nn si nascuti)	40	0,9941	1.475,00	58.651,90
Medicina interna	136	0,9941	1.475,00	199.416,46
TOTAL	668	x	x	979.486,75

Anexa AUGUST 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2017	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2017	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Dermatologie	25	0,9941	1.475,00	36.657,44
Chirurgie generala	65	0,9941	1.475,00	95.309,34
Ortopedie si traumatologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Obstetrica-Ginecologie	135	0,9941	1.475,00	197.950,16
Urologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Boli infectioase	73	0,9941	1.475,00	107.039,72
Cardiologie	34	0,9941	1.475,00	49.854,12
Otorinolaringologie (ORL)	28	0,9941	1.475,00	41.056,33
Pediatrie	120	0,9941	1.475,00	175.955,70
Neonatologie (nn si nascuti)	40	0,9941	1.475,00	58.651,90
Medicina interna	136	0,9941	1.475,00	199.416,46
TOTAL	668	x	x	979.486,75

Anexa SEPTEMBRIE 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2017	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2017	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4

Dermatologie	25	0,9941	1.475,00	36.657,44
Chirurgie generala	65	0,9941	1.475,00	95.309,34
Ortopedie si traumatologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Obstetrica-Ginecologie	135	0,9941	1.475,00	197.950,16
Urologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Boli infectioase	73	0,9941	1.475,00	107.039,72
Cardiologie	34	0,9941	1.475,00	49.854,12
Otorinolaringologie (ORL)	28	0,9941	1.475,00	41.056,33
Pediatric	120	0,9941	1.475,00	175.955,70
Neonatalogie (nn si nascuti)	40	0,9941	1.475,00	58.651,90
Medicina interna	136	0,9941	1.475,00	199.416,46
TOTAL	668	x	x	979.486,75
TOTAL TRIMESTRU III 2018	2004	x	x	2.938.460,25

Anexa OCTOMBRIE 2018

Secția	Nr. cazuri externe	Indice case-mix pentru anul 2017	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2017	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Dermatologie	25	0,9941	1.475,00	36.657,44
Chirurgie generala	65	0,9941	1.475,00	95.309,34
Ortopedie si traumatologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Obstetrica-Ginecologie	135	0,9941	1.475,00	197.950,16
Urologie	6	0,9941	1.475,00	8.797,79
Boli infectioase	73	0,9941	1.475,00	107.039,72
Cardiologie	34	0,9941	1.475,00	49.854,12
Otorinolaringologie (ORL)	28	0,9941	1.475,00	41.056,33
Pediatric	120	0,9941	1.475,00	175.955,70
Neonatalogie (nn si nascuti)	40	0,9941	1.475,00	58.651,90
Medicina interna	136	0,9941	1.475,00	199.416,46
TOTAL	668	x	x	979.486,75

Anexa NOIEMBRIE 2018

Secția	Nr. cazuri externe	Indice case-mix pentru anul 2017	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2017	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Dermatologie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Chirurgie generala	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Ortopedie si traumatologie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Obstetrica-Ginecologie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Urologie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Boli infectioase	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Cardiologie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Otorinolaringologie (ORL)	1	0,9941	1.475,00	1.466,30

Pediatrie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Neonatologie (nn si nascuti)	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Medicina interna	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
TOTAL	11	x	x	16.129,30

Anexa DECEMBRIE 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2017	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2017	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Dermatologie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Chirurgie generala	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Ortopedie si traumatologie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Obstetrica-Ginecologie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Urologie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Boli infectioase	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Cardiologie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Otorinolaringologie (ORL)	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Pediatrie	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Neonatologie (nn si nascuti)	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
Medicina interna	1	0,9941	1.475,00	1.466,30
TOTAL	11	x	x	16.129,30
TOTAL TRIMESTRU IV 2018	690	x	x	1.011.745,35
Valoare contract	4030	x	x	5.909.179,10

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Presedinte - Director General,
Ec. Rodica BIRO

Manager,
Dr. Farcas Narcisa

Director executiv al Direcției economice,
Ec. Manuel-Augustin BUTIULCA

Director executiv al Direcției relații contractuale,
Cons.Jur. Claudia MOLDOVAN

Director financiar-contabil,
Ec. Santamarian Mirela



**ANEXA 2 la CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
2/173 / 27-04-2018**

Detalierea pe luni a serviciilor medicale spitalicești acordate în spitalele de cronici, 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:

Anexa MAI 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Cronici-Medicina interna	15	10.58	190,00	30.153,00
Neonatologie (prematuri)	3	15.31	260,00	11.941,80
TOTAL	18	x	x	42.094,80

Anexa IUNIE 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Cronici-Medicina interna	15	10.58	190,00	30.153,00
Neonatologie (prematuri)	3	15.31	260,00	11.941,80
TOTAL	18	x	x	42.094,80
TOTAL TRIMESTRU II 2018	36	x	x	84.189,60

Anexa IULIE 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Cronici-Medicina interna	15	10.58	190,00	30.153,00
Neonatologie (prematuri)	3	15.31	260,00	11.941,80
TOTAL	18	x	x	42.094,80

Anexa AUGUST 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x

				C3 x C4
Cronici- Medicina interna	15	10,58	190,00	30.153,00
Neonatologie (prematuri)	3	15,31	260,00	11.941,80
TOTAL	18	x	x	42.094,80

Anexa SEPTEMBRIE 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Cronici- Medicina interna	15	10,58	190,00	30.153,00
Neonatologie (prematuri)	3	15,31	260,00	11.941,80
TOTAL	18	x	x	42.094,80
TOTAL TRIMESTRU III 2018	54	x	x	126.284,40

Anexa OCTOMBRIE 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Cronici- Medicina interna	15	10,58	190,00	30.153,00
Neonatologie (prematuri)	3	15,31	260,00	11.941,80
TOTAL	18	x	x	42.094,80

Anexa NOIEMBRIE 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Cronici- Medicina interna	15	10,58	190,00	30.153,00
Neonatologie (prematuri)	3	15,31	260,00	11.941,80
TOTAL	18	x	x	42.094,80

Anexa DECEMBRIE 2018

Secția	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
--------	-------------------------	---	-------------------------------	------

		spitalizare efectiv realizată		
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
Cronici- Medicina interna	15	10.58	190,00	30.153,00
Neonatalogie (prematuri)	3	15.31	260,00	11.941,80
TOTAL	18	x	x	42.094,80
TOTAL TRIMESTRU IV 2018	54	x	x	126.284,40
Valoare contract	144	x	x	336.758,40

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Presedinte - Director General,
Ec. Rodica BIRO

Director executiv al Direcției economice,
Ec. Manuel-Augustin BUTIULCA

Director executiv al Direcției relații contractuale,
Cons.Jur. Claudia MOLDOVAN

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,
Dr. Farcas Narcisa

Director financiar-contabil,
Ec. Santamarian Mirela



(Handwritten signature)

**ANEXA 3 la CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
2/173 / 27-04-2018**

Detalierea pe luni a serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi:

Luna MAI 2018

Secție	Numarul C1	Tariful negociat C2	Suma C3 = C2 x C1
Cardiologie	16	,00	4.380,00
Boli infectioase	35	,00	8.850,00
Otorinolaringologie (ORL)	9	,00	2.165,00
Obstetrica-Ginecologie	24	,00	5.435,00
Dermatologie	9	,00	2.345,00
Chirurgie generala	18	,00	5.105,00
Urologie	5	,00	835,00
Ortopedie si traumatologie	9	,00	2.490,00
Pediatric	23	,00	4.927,00
Medicina interna	54	,00	13.762,00
x	1	200,00	200,00
x	1	394,00	394,00
x	1	111,00	111,00
x	1	171,00	171,00
x	1	327,00	327,00
x	1501	171,00	256.671,00
x	1	130,00	130,00
Total număr cazuri:			202
Total număr servicii:			1507
Total valoare cazuri:			50.294,00
Total valoare servicii:			258.004,00
Total valoare zi:			308.298,00

Luna Iunie 2018

Secție	Numarul C1	Tariful negociat C2	Suma C3 = C2 x C1
Cardiologie	16	,00	4.380,00
Boli infectioase	35	,00	8.850,00
Otorinolaringologie (ORL)	9	,00	2.165,00
Obstetrica-Ginecologie	24	,00	5.435,00
Dermatologie	9	,00	2.345,00
Chirurgie generala	18	,00	5.105,00
Urologie	5	,00	835,00
Ortopedie si traumatologie	9	,00	2.490,00
Pediatric	23	,00	4.927,00
Medicina interna	54	,00	13.762,00
x	1	200,00	200,00
x	1	394,00	394,00
x	1	111,00	111,00
x	1	171,00	171,00
x	1	327,00	327,00
x	1501	171,00	256.671,00
x	1	130,00	130,00
Total număr cazuri:			202
Total număr servicii:			1507

Total valoare cazuri:	50.294,00
Total valoare servicii:	258.004,00
Total valoare zi:	308.298,00
TOTAL NUMAR CAZURI TRIMESTRU II 2018:	202
TOTAL NUMAR SERVICII TRIMESTRU II 2018 :	1507
TOTAL VALOARE CAZURI TRIMESTRU II 2018:	100.588,00
TOTAL VALOARE SERVICII TRIMESTRU II 2018 :	516.008,00
TOTAL VALOARE ZI TRIMESTRU II 2018 :	616.596,00

Luna IULIE 2018

Secție	Numarul C1	Tariful negociat C2	Suma C3 = C2 x C1
Cardiologie	16	,00	4.380,00
Boli infectioase	35	,00	8.850,00
Otorinolaringologie (ORL)	9	,00	2.165,00
Obstetrica-Ginecologie	24	,00	5.435,00
Dermatologie	9	,00	2.345,00
Chirurgie generala	18	,00	5.105,00
Urologie	5	,00	835,00
Ortopedie si traumatologie	9	,00	2.490,00
Pediatrie	23	,00	4.927,00
Medicina interna	54	,00	13.762,00
x	1	200,00	200,00
x	1	394,00	394,00
x	1	111,00	111,00
x	1	171,00	171,00
x	1	327,00	327,00
x	1448	171,00	247.608,00
x	1	130,00	130,00
Total număr cazuri:			202
Total număr servicii:			1454
Total valoare cazuri:			50.294,00
Total valoare servicii:			248.941,00
Total valoare zi:			299.235,00

Luna AUGUST 2018

Secție	Numarul C1	Tariful negociat C2	Suma C3 = C2 x C1
Cardiologie	16	,00	4.380,00
Boli infectioase	35	,00	8.850,00
Otorinolaringologie (ORL)	9	,00	2.165,00
Obstetrica-Ginecologie	24	,00	5.435,00
Dermatologie	9	,00	2.345,00
Chirurgie generala	18	,00	5.105,00
Urologie	5	,00	835,00
Ortopedie si traumatologie	9	,00	2.490,00
Pediatrie	23	,00	4.927,00
Medicina interna	54	,00	13.762,00
x	1	200,00	200,00
x	1	394,00	394,00
x	1	111,00	111,00
x	1	171,00	171,00

x	1	327,00	327,00
x	1448	171,00	247.608,00
x	1	130,00	130,00
Total număr cazuri:			202
Total număr servicii:			1454
Total valoare cazuri:			50.294,00
Total valoare servicii:			248.941,00
Total valoare zi:			299.235,00

Luna **SEPTEMBRIE 2018**

Secție	Numarul C1	Tariful negociat C2	Suma C3 = C2 x C1
Cardiologie	16	,00	4.380,00
Boli infectioase	35	,00	8.850,00
Otorinolaringologie (ORL)	9	,00	2.165,00
Obstetrica-Ginecologie	24	,00	5.435,00
Dermatologie	9	,00	2.345,00
Chirurgie generala	18	,00	5.105,00
Urologie	5	,00	835,00
Ortopedie si traumatologie	9	,00	2.490,00
Pediatrie	23	,00	4.927,00
Medicina interna	54	,00	13.762,00
x	1	200,00	200,00
x	1	394,00	394,00
x	1	111,00	111,00
x	1	171,00	171,00
x	1	327,00	327,00
x	1448	171,00	247.608,00
x	1	130,00	130,00
Total număr cazuri:			202
Total număr servicii:			1454
Total valoare cazuri:			50.294,00
Total valoare servicii:			248.941,00
Total valoare zi:			299.235,00
TOTAL NUMAR CAZURI TRIMESTRU III 2018:			202
TOTAL NUMAR SERVICII TRIMESTRU III 2018 :			1454
TOTAL VALOARE CAZURI TRIMESTRU III 2018:			150.882,00
TOTAL VALOARE SERVICII TRIMESTRU III 2018 :			746.823,00
TOTAL VALOARE ZI TRIMESTRU III 2018 :			897.705,00

Luna **OCTOMBRIE 2018**

Secție	Numarul C1	Tariful negociat C2	Suma C3 = C2 x C1
Cardiologie	16	,00	4.380,00
Boli infectioase	35	,00	8.850,00
Otorinolaringologie (ORL)	9	,00	2.165,00
Obstetrica-Ginecologie	24	,00	5.435,00
Dermatologie	9	,00	2.345,00
Chirurgie generala	18	,00	5.105,00
Urologie	5	,00	835,00
Ortopedie si traumatologie	9	,00	2.490,00
Pediatrie	23	,00	4.927,00

Medicina interna	54	,00	13.762,00
x	951	171,00	162.621,00
Total număr cazuri:			202
Total număr servicii:			951
Total valoare cazuri:			50.294,00
Total valoare servicii:			162.621,00
Total valoare zi:			212.915,00

Luna NOIEMBRIE 2018

Secție	Numarul C1	Tariful negociat C2	Suma C3 = C2 x C1
Cardiologie	16	,00	4.380,00
Boli infectioase	35	,00	8.850,00
Otorinolaringologie (ORL)	9	,00	2.165,00
Obstetrica-Ginecologie	24	,00	5.435,00
Dermatologie	9	,00	2.345,00
Chirurgie generala	18	,00	5.105,00
Urologie	5	,00	835,00
Ortopedie si traumatologie	9	,00	2.490,00
Pediatrie	23	,00	4.927,00
Medicina interna	54	,00	13.762,00
x	953	171,00	162.963,00
Total număr cazuri:			202
Total număr servicii:			953
Total valoare cazuri:			50.294,00
Total valoare servicii:			162.963,00
Total valoare zi:			213.257,00

Luna DECEMBRIE 2018

Secție	Numarul C1	Tariful negociat C2	Suma C3 = C2 x C1
Cardiologie	16	,00	4.380,00
Boli infectioase	35	,00	8.850,00
Otorinolaringologie (ORL)	9	,00	2.165,00
Obstetrica-Ginecologie	24	,00	5.435,00
Dermatologie	9	,00	2.345,00
Chirurgie generala	18	,00	5.105,00
Urologie	5	,00	835,00
Ortopedie si traumatologie	9	,00	2.490,00
Pediatrie	23	,00	4.927,00
Medicina interna	54	,00	13.762,00
x	698	171,00	119.358,00
Total număr cazuri:			202
Total număr servicii:			698
Total valoare cazuri:			50.294,00
Total valoare servicii:			119.358,00
Total valoare zi:			169.652,00
TOTAL NUMAR CAZURI TRIMESTRU IV 2018:			202
TOTAL NUMAR SERVICII TRIMESTRU IV 2018 :			698
TOTAL VALOARE CAZURI TRIMESTRU IV 2018:			150.882,00

TOTAL VALOARE SERVICII TRIMESTRU IV 2018 :	444.942,00
TOTAL VALOARE ZI TRIMESTRU IV 2018 :	595.824,00
Total numar cazuri an:	202
Total numar servicii an:	698
Total valoare cazuri an:	402.352,00
Total valoare servicii an:	1.707.773,00
Total valoare an:	2.110.125,00

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Presedinte - Director General,
Ec. Rodica BIRO



Manager,
Dr. Farcas Narcisa



Director executiv al Direcției economice,
Ec. Manuel-Augustin BUTIULCA

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
Cons.Jur. Claudia MOEDOVAN

Director financiar-contabil,
Ec. Santamarian Mirela