

Nr. 24764 /30.07.2021

HR. 4125/30.07.2021

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicești
nr. H/5/30.07.2021

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate Olt, cu sediul în municipiul Slatina, str. Aleea Muncii nr. 1-3, județul Olt, telefon 0372756678, fax 0372874720, reprezentată prin Director general, ec. Carmen-Liana CIRJAN,

Și

Spitalul Orășenesc Corabia, cu sediul în Corabia, str. Carpați, nr. 116, telefon: fix/mobil 0249560671/0742140414, fax 0249/563171, e-mail spitalcorabia@yahoo.com, reprezentată prin Manager, Ec. Cristian Florentin FILIP,

(Unitatea sanitară cu paturi este publica*)

*) 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 asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

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 HG nr. 696/2021.

(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, în funcție de tipul de spitalizare.

VIZAT
Oficiul Juridic

IV. Durata contractului

Art. 3. - Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2021 .

Art. 4. - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a HG nr. 696/2021.

V. Obligațiile părților

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate 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.1068/627/2021, 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 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 HG nr. 696/2021, 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 la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări 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 a beneficia de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările 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 termen de maximum 10 zile lucrătoare de

la data comunicării sumelor; 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 depuse 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.1068/627/2021;

k) 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;

l) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate 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.1068/627/2021;

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

n) să monitorizeze internările de urgență, 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 modificările și completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului,;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2021;

p) 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;

q) să publice pe pagina web proprie sumele prevăzute la art. 91 alin. (2) din anexa 2 la HG nr. 696/2021 și să le contracteze cu spitalele în conformitate cu prevederile aceluiași articol;

r) 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. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii 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 din asigurările 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 în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările 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/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) 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 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.1068/627/2021, 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, republicată, cu modificările și completările ulterioare; În situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în HG nr. 720/2008, republicată, 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 împlinește în a treia 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

VIZAT
Oficiul Juridic

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 treia 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/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, 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, 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, tehnologii și dispozitive asistive, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; să elibereze asiguratului cărui a-i au fost acordate servicii pentru care s-a încasat contribuție personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum și toate celelalte servicii medicale și/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ și externarea acestuia, însoțit de documentele fiscale, detaliate conform decontului;

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.1068/627/2021;

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 arrieratelor înregistrate;

v) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea 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 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; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

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 prescriptori 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 recuperare, 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 cu medicamente pentru boala/bolile cronice, 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 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2021; 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 din asigurările 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, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens 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 daune sănătății de către alte persoane, 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; să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care se percepe contribuție personală și 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 90/91/92 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) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, 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 Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, sau că medicamentul este produs biologic, cu excepția situațiilor în care pacientului spitalizat i s-au prescris la externare medicamentele în baza consultațiilor interdisciplinare evidențiate în documentele medicale primare.

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.1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021: 4.244.516,84 lei

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, este de 335.300,46 lei, care se stabilește astfel:

perioada ianuarie-iunie 2021

Nr. Crt.	Secția	Nr. Cazuri externate	Durata de spitalizare prevazuta in anexa nr.25 la norme in anul 2018	Tarif pe zi de spitalizare secție/compartiment	Suma
C0	C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
1	Sectia Boli cronice	114	10,58	198,29	239.161,53
x	TOTAL	114	x	x	239.161,53

perioada iulie-decembrie 2021

Nr. Crt.	Secția	Nr. Cazuri externate	Durata de spitalizare prevazuta in anexa nr.25 la norme in anul 2021	Tarif pe zi de spitalizare secție/compartiment	Suma
C0	C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
1	Sectia Boli cronice	46	10,54	198,29	96.138,93
x	TOTAL	46	x	x	96.138,93

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

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.1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021. 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 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 2019.

VIZAT
Oficiul Juridic

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, este de 382.134,59 lei care se stabilește astfel:

**A. Afecțiuni (diagnostice) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi:
perioada ianuarie-iunie 2021**

Nr. crt.	SECȚIA/COMPARTIMENT	Cod diagnostic	Cod diagnostic CAS	Denumire afecțiune (diagnostic)	Numărul de cazuri rezolvate contractate pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat negociat	Suma corespunzătoare cazurilor contractate
0	1	2	3	4	5	6	7=5*6
1	CRONICI	D50.8	SPT_M008	Alte anemii prin carență de fier	2	299,86	599,72
2	CRONICI	E10.65	SPT_M013	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	2	295,63	591,26
3	CRONICI	E11.65	SPT_M014	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	2	334,69	669,38
4	CRONICI	E11.9	SPT_M015	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicații	5	298,12	1490,6
5	CRONICI	G45.0	SPT_M022	Sindrom vertebro-bazilar	5	223,25	1116,25
6	CRONICI	I20.8	SPT_M024	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	13	257,59	3348,67
7	CRONICI	I67.2	SPT_M030	Ateroscleroza cerebrală	2	315,77	631,54
8	CRONICI	J44.0	SPT_M044	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare	3	352,00	1056
9	CRONICI	J84.9	SPT_M050	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	5	352,00	1760
10	CRONICI	K21.0	SPT_M051	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagită	14	300,86	4212,04
11	CRONICI	K21.9	SPT_M052	Boala refluxului gastro-esofagian fără esofagită	2	225,30	450,6
12	CRONICI	K26.3	SPT_M053	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	3	196,65	589,95
13	CRONICI	K29.5	SPT_M0	Gastrita cronică,	2	307,05	614,1

			55	nespecificată			
14	CRONICI	K70.1	SPT_M0 61	Hepatita alcoolică	2	263,81	527,62
15	CRONICI	K76.0	SPT_M0 64	Degenerescenta grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	9	388,91	3500,19
16	CRONICI	K81.1	SPT_M0 65	Colecistita cronică	2	331,20	662,4
17	CRONICI	K91.1	SPT_M0 68	Sindroame după chirurgia gastrică	2	279,76	559,52
18	CRONICI	M16.9	SPT_M0 72	Coxartroza, nespecificata	1	192,71	192,71
19	CRONICI	M17.9	SPT_M0 73	Gonartroza, nespecificata	2	196,67	393,34
20	CRONICI	M54.4	SPT_M0 75	Lumbago cu sciatică-	9	333,86	3004,74
21	CRONICI	E10.71	SPT_M1 06	Diabet mellitus tip 1 cu complicatii microvasculare multiple	2	337,68	675,36
22	CRONICI	E11.71	SPT_M1 07	Diabet mellitus tip 2 cu complicatii microvasculare multiple	2	341,94	683,88
23	CRONICI	E66.0	SPT_M0 18	Obezitate datorită unui exces caloric	2	298,12	596,24
24	CRONICI	K86.9	SPT_M1 11	Boala pancreasului nespecificata	2	244,78	489,56
25	MEDICINA INTERNA	D50.8	SPT_M0 09	Alte anemii prin carență de fier	3	299,86	899,58
26	MEDICINA INTERNA	E10.65	SPT_M0 13	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	1	295,63	295,63
27	MEDICINA INTERNA	E11.65	SPT_M0 14	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	2	334,69	669,38
28	MEDICINA INTERNA	E11.9	SPT_M0 15	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicații	3	298,12	894,36
29	MEDICINA INTERNA	G45.0	SPT_M0 22	Sindrom vertebro-bazilar	10	223,25	2232,5
30	MEDICINA INTERNA	I20.8	SPT_M0 24	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	2	257,59	515,18

31	MEDICINA INTERNA	I25.9	SPT_M0 26	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	7	271,89	1903,23
32	MEDICINA INTERNA	I34.0	SPT_M0 27	Insuficiența mitrală (valva) (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	2	363,97	727,94
33	MEDICINA INTERNA	I35.0	SPT_M0 28	Stenoza (valva) aortică (*fără indicație de intervenție chirurgicală)	2	391,41	782,82
34	MEDICINA INTERNA	I67.2	SPT_M0 30	Ateroscleroza cerebrală	2	315,77	631,54
35	MEDICINA INTERNA	I67.8	SPT_M0 31	Alte boli cerebrovasculare , specificate	2	315,77	631,54
36	MEDICINA INTERNA	I83.9	SPT_M0 32	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulcerare sau inflamație	2	284,46	568,92
37	MEDICINA INTERNA	J18.9	SPT_M0 42	Pneumonie, nespecificată	2	330,50	661
38	MEDICINA INTERNA	J44.0	SPT_M0 44	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare	2	352,00	704
39	MEDICINA INTERNA	J44.1	SPT_M0 45	Boala pulmonară obstructivă cronică cu exacerbare acută, nespecificată	7	352,00	2464
40	MEDICINA INTERNA	J45.0	SPT_M0 47	Astmul cu predominanță alergică	3	173,33	519,99
41	MEDICINA INTERNA	J47	SPT_M0 48	Bronșiectazia	3	347,97	1043,91
42	MEDICINA INTERNA	J84.9	SPT_M0 50	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	5	352,00	1760
43	MEDICINA INTERNA	K21.0	SPT_M0 51	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagită	5	300,86	1504,3

44	MEDICINA INTERNA	K21.9	SPT_M0 52	Boala refluxului gastro-esofagian fără esofagită	3	225,30	675,9
45	MEDICINA INTERNA	K26.3	SPT_M0 53	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	1	196,65	196,65
46	MEDICINA INTERNA	K29.1	SPT_M0 54	Alte gastrite acute	3	305,37	916,11
47	MEDICINA INTERNA	K29.5	SPT_M0 55	Gastrita cronică, nespecificată	12	307,05	3684,6
48	MEDICINA INTERNA	K30	SPT_M0 57	Dispepsia	2	176,30	352,6
49	MEDICINA INTERNA	K58.0	SPT_M0 59	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	2	315,85	631,7
50	MEDICINA INTERNA	K58.9	SPT_M0 60	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	3	298,10	894,3
51	MEDICINA INTERNA	K70.1	SPT_M0 61	Hepatita alcoolică	2	263,81	527,62
52	MEDICINA INTERNA	K73.2	SPT_M0 62	Hepatita activă cronică, neclasificată altundeva	3	396,18	1188,54
53	MEDICINA INTERNA	K75.2	SPT_M0 63	Hepatita reactivă nespecifică	2	424,62	849,24
54	MEDICINA INTERNA	K76.0	SPT_M0 64	Degenerescența grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	15	388,91	5833,65
55	MEDICINA INTERNA	K81.1	SPT_M0 65	Colecistita cronică	4	331,20	1324,8
56	MEDICINA INTERNA	K82.8	SPT_M0 67	Alte boli specificate ale vezicii biliare	2	255,80	511,6
57	MEDICINA INTERNA	K91.1	SPT_M0 68	Sindroame după chirurgia gastrică	2	279,76	559,52
58	MEDICINA INTERNA	L50.0	SPT_M0 70	Urticaria alergică (fără Edem Quinke)	3	197,67	593,01
59	MEDICINA INTERNA	M16.9	SPT_M0 72	Coxartroza, nespecificată	4	192,71	770,84
60	MEDICINA INTERNA	M17.9	SPT_M0 73	Gonartroza, nespecificată	4	196,67	786,68

VEZAT
CENTRUL DE DIAGNOSTIC

61	MEDICINA INTERNA	M51.2	SPT_M0 74	Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicație operatorie	3	302,50	907,5
62	MEDICINA INTERNA	M54.4	SPT_M0 75	Lumbago cu sciatică-	14	333,86	4674,04
63	MEDICINA INTERNA	M54.5	SPT_M0 76	Dorsalgie joasă-	10	368,16	3681,6
64	MEDICINA INTERNA	N39.0	SPT_M0 78	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	2	208,85	417,7
65	MEDICINA INTERNA	E66.0	SPT_M0 18	Obezitate datorită unui exces caloric	1	298,12	298,12
66	MEDICINA INTERNA	K86.9	SPT_M1 11	Boala pancreasului nespecificată	2	244,78	489,56
67	PEDIATRIE	J00	SPT_M0 33	Rino-faringita acută [guturaiul comun] (* pentru copii 0 - 5 ani)	2	163,20	326,4
68	PEDIATRIE	J02.9	SPT_M0 34	Faringita acută, nespecificată (* pentru copii 0 - 5 ani)	4	160,34	641,36
69	PEDIATRIE	J03.9	SPT_M0 35	Amigdalita acută, nespecificată	2	161,74	323,48
70	PEDIATRIE	J06.8	SPT_M0 36	Alte infecții acute ale căilor respiratorii superioare cu localizări multiple	2	166,75	333,5
71	PEDIATRIE	J06.9	SPT_M0 37	Infecții acute ale căilor respiratorii superioare, nespecificate	1	160,22	160,22
72	PEDIATRIE	J18.9	SPT_M0 42	Pneumonie, nespecificată	1	330,50	330,5
73	PEDIATRIE	J20.9	SPT_M0 43	Bronșita acută, nespecificată	3	164,97	494,91
74	PEDIATRIE	J84.9	SPT_M0 50	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	2	352,00	704
75	PEDIATRIE	K29.1	SPT_M0 54	Alte gastrite acute	2	305,37	610,74

VIZAT
Oficiul Juridic

76	PEDIATRIE	K29.9	SPT_M0 56	Gastro- duodenita, nespecificată	4	211,68	846,72
77	PEDIATRIE	K30	SPT_M0 57	Dispepsia	2	176,30	352,6
78	PEDIATRIE	K52.9	SPT_M0 58	Gastroenterita și colita neinfecțioase, nespecificate	3	235,33	705,99
79	PEDIATRIE	K58.0	SPT_M0 59	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	2	315,85	631,7
80	PEDIATRIE	K58.9	SPT_M0 60	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	2	298,10	596,2
81	PEDIATRIE	L50.0	SPT_M0 70	Urticaria alergică (fără Edem Quinke)	2	197,67	395,34
82	PEDIATRIE	N30.0	SPT_M0 77	Cistita acută	1	208,85	208,85
83	PEDIATRIE	N39.0	SPT_M0 78	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	2	208,85	417,7
84	PEDIATRIE	R10.4	SPT_M0 92	Altă durere abdominală și nespecificată	2	131,47	262,94
85	PEDIATRIE	R59.0	SPT_M0 93	Ganglioni limfatici măriți localizați	2	455,55	911,1
86	OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE	N30.0	SPT_M0 77	Cistita acută	2	208,85	417,7
87	OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE	N73.9	SPT_M0 80	Boala inflamatorie pelviană feminină, nespecificată	2	135,58	271,16
88	OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE	N92.1	SPT_M0 82	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual neregulat	2	227,80	455,6
89	OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE	N95.0	SPT_M0 85	Sângerări postmenopauză	1	304,72	304,72
90	OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE	O02.1	SPT_M0 86	Avort fals	1	95,53	95,53
91	OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE	O03.4	SPT_M0 87	Avort spontan incomplet, fără complicații	1	95,53	95,53
92	OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE	O12.0	SPT_M0 88	Edem gestațional	1	194,19	194,19

93	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	O21.0	SPT_M0 89	Hiperemeza gravidică ușoară	1	122,55	122,55
94	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	O23.1	SPT_M0 90	Infecțiile vezicii urinare în sarcină	1	124,63	124,63
95	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	O34.2	SPT_M0 91	Îngrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare	1	454,68	454,68
96	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N39.0	SPT_M0 78	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	1	208,85	208,85
97	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N92.0	SPT_M0 81	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclul menstrual regulat	1	325,30	325,3
98	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N92.4	SPT_M0 83	Sângerări excesive în perioada de premenopauză	1	315,50	315,5
99	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N93.8	SPT_M0 84	Alte sângerări anormale specificate ale uterului și vaginului	2	381,16	762,32
10 0	CHIRURGIE GENERALA	D17.1	SPT_M0 07	Tumora lipomatoasă benignă a pielii și a țesutului subcutanat al trunchiului	2	221,33	442,66
10 1	CHIRURGIE GENERALA	I83.9	SPT_M0 32	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulcerăție sau inflamație	2	284,46	568,92
10 2	CHIRURGIE GENERALA	J03.9	SPT_M0 35	Amigdalita acută, nespecificată	2	161,74	323,48
10 3	CHIRURGIE GENERALA	K26.3	SPT_M0 53	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	2	196,65	393,3
10 4	CHIRURGIE GENERALA	K29.1	SPT_M0 54	Alte gastrite acute	3	305,37	916,11

VIZAT
SECRETAR GENERAL

10 5	CHIRURGIE GENERALA	K29.9	SPT_M0 56	Gastro- duodenita, nespecificată	2	211,68	423,36
10 6	CHIRURGIE GENERALA	K81.1	SPT_M0 65	Colecistita cronică	4	331,20	1324,8
10 7	CHIRURGIE GENERALA	K81.8	SPT_M0 66	Alte colecistite	2	282,20	564,4
10 8	CHIRURGIE GENERALA	K82.8	SPT_M0 67	Alte boli specificate ale vezicii biliare	3	255,80	767,4
10 9	CHIRURGIE GENERALA	K91.1	SPT_M0 68	Sindroame după chirurgia gastrică	3	279,76	839,28
11 0	CHIRURGIE GENERALA	L60.0	SPT_M0 71	Unghia încarnată	2	291,05	582,1
11 1	CHIRURGIE GENERALA	M16.9	SPT_M0 72	Coxartroza, nespecificata	2	192,71	385,42
11 2	CHIRURGIE GENERALA	M17.9	SPT_M0 73	Gonartroza, nespecificata	3	196,67	590,01
11 3	CHIRURGIE GENERALA	M51.2	SPT_M0 74	Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicație operatorie	2	302,50	605
11 4	CHIRURGIE GENERALA	M54.4	SPT_M0 75	Lumbago cu sciatică-	2	333,86	667,72
11 5	CHIRURGIE GENERALA	M54.5	SPT_M0 76	Dorsalgie joasă-	2	368,16	736,32
11 6	CHIRURGIE GENERALA	N30.0	SPT_M0 77	Cistita acută	1	208,85	208,85
11 7	CHIRURGIE GENERALA	N39.0	SPT_M0 78	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	3	208,85	626,55
11 8	CHIRURGIE GENERALA	N47	SPT_M0 79	Hipertrofia prepuțului, fimoza, parafimoza	1	219,24	219,24
11 9	CHIRURGIE GENERALA	R10.4	SPT_M0 92	Altă durere abdominală și nespecificată	2	131,47	262,94
12 0	CHIRURGIE GENERALA	R59.0	SPT_M0 94	Ganglioni limfatici măriți localizați	1	240,74	240,74
12 1	CHIRURGIE GENERALA	S61.0	SPT_M0 95	Plagă deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea unghiei	1	240,74	240,74

VIZAT
Șeful Juridic

12 2	CHIRURGIE GENERALA	S61.88	SPT_M0 96	Plagă deschisă a altor părți ale pumnului și mâinii	1	122,75	122,75
12 3	CHIRURGIE GENERALA	I70.21	SPT_M1 00	Ateroscleroza arterelor extremităților cu claudicație intermitentă	1	261,54	261,54
12 4	CHIRURGIE GENERALA	I80.3	SPT_M1 01	Flebita și tromboflebita extremităților inferioare, nespecificată	1	344,21	344,21
12 5	CHIRURGIE GENERALA	I83.0	SPT_M1 03	Vene varicoase cu ulcerare ale extremităților inferioare	1	284,46	284,46
12 6	CHIRURGIE GENERALA	K86.9	SPT_M1 11	Boala pancreasului nespecificată	1	244,78	244,78
12 7	CHIRURGIE GENERALA	K29.5	SPT_M0 55	Gastrita cronică, nespecificată	1	307,05	307,05
12 8	CHIRURGIE GENERALA	K30	SPT_M0 57	Dispepsia	1	176,30	176,3
x	TOTAL GENERAL	x	x	x	372	x	105664,31

Luna iulie 2021

Nr. crt.	SECȚIA/COMPARTIMENT	Cod diagnostic	Cod diagnostic CAS	Denumire afecțiune (diagnostic)	Numărul de cazuri rezolvate contractate pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat negociat	Suma corespunzătoare cazurilor contractate
0	1	2	3	4	5	6	7=5*6
1	CRONICI	D50.8	SPT_M0 08	Alte anemii prin carență de fier	1	335,03	335,03
2	CRONICI	E10.65	SPT_M0 13	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	1	303,12	303,12
3	CRONICI	E11.65	SPT_M0 14	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	1	341,86	341,86
4	CRONICI	E11.9	SPT_M0 15	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicații	1	305,81	305,81
5	CRONICI	G45.0	SPT_M0 22	Sindrom vertebro- bazilar	1	227,98	227,98

6	CRONICI	I20.8	SPT_M0 24	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	1	273,62	273,62
7	CRONICI	I67.2	SPT_M0 30	Ateroscleroza cerebrală	1	322,40	322,4
8	CRONICI	J44.0	SPT_M0 44	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare	1	375,74	375,74
9	CRONICI	J84.9	SPT_M0 50	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	1	381,74	381,74
10	CRONICI	K21.0	SPT_M0 51	Boala refluxului gastro- esofagian cu esofagită	1	307,15	307,15
11	CRONICI	K21.9	SPT_M0 52	Boala refluxului gastro- esofagian fără esofagită	1	230,01	230,01
12	CRONICI	K26.3	SPT_M0 53	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	1	200,82	200,82
13	CRONICI	K29.5	SPT_M0 55	Gastrita cronică, nespecificată	1	313,43	313,43
14	CRONICI	K70.1	SPT_M0 61	Hepatita alcoolică	1	271,45	271,45
15	CRONICI	K76.0	SPT_M0 64	Degenerescență a grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	1	397,10	397,1
16	CRONICI	K81.1	SPT_M0 65	Colecistita cronică	1	339,14	339,14
17	CRONICI	K91.1	SPT_M0 68	Sindroame după chirurgia gastrică	1	285,59	285,59
18	CRONICI	M16.9	SPT_M0 72	Coxartroza,	1	196,79	196,79

				nespecificata			
19	CRONICI	M17.9	SPT_M0 73	Gonartroza, nespecificata	1	202,45	202,45
20	CRONICI	M54.4	SPT_M0 75	Lumbago cu sciatică-	1	347,28	347,28
21	CRONICI	E10.71	SPT_M1 06	Diabet mellitus tip 1 cu complicatii microvasculare multiple	1	378,90	378,9
22	CRONICI	E11.71	SPT_M1 07	Diabet mellitus tip 2 cu complicatii microvasculare multiple	1	427,32	427,32
23	CRONICI	E66.0	SPT_M0 18	Obezitate datorită unui exces caloric	1	305,19	305,19
24	CRONICI	K86.9	SPT_M1 11	Boala pancreasului nespecificata	1	250,00	250
25	MEDICINA INTERNA	D50.8	SPT_M0 09	Alte anemii prin carență de fier	1	532,02	532,02
26	MEDICINA INTERNA	E10.65	SPT_M0 13	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	1	303,12	303,12
27	MEDICINA INTERNA	E11.65	SPT_M0 14	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	1	341,86	341,86
28	MEDICINA INTERNA	E11.9	SPT_M0 15	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicații	1	305,81	305,81
29	MEDICINA INTERNA	G45.0	SPT_M0 22	Sindrom vertebro- bazilar	1	227,98	227,98
30	MEDICINA INTERNA	I20.8	SPT_M0 24	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	1	273,62	273,62
31	MEDICINA INTERNA	I25.9	SPT_M0 26	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	1	302,74	302,74
32	MEDICINA INTERNA	I34.0	SPT_M0 27	Insuficiența mitrală (valva) (* fără	1	379,67	379,67

VIZAT
Oficiul Juridic

				indicație de intervenție chirurgicală)			
33	MEDICINA INTERNA	I35.0	SPT_M0 28	Stenoza (valva) aortică (*fără indicație de intervenție chirurgicală)	1	400,68	400,68
34	MEDICINA INTERNA	I67.2	SPT_M0 30	Ateroscleroza cerebrală	1	322,40	322,4
35	MEDICINA INTERNA	I67.8	SPT_M0 31	Alte boli cerebrovasculare, specificate	1	322,40	322,4
36	MEDICINA INTERNA	I83.9	SPT_M0 32	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulcerare sau inflamație	1	383,92	383,92
37	MEDICINA INTERNA	J18.9	SPT_M0 42	Pneumonie, nespecificată	1	417,73	417,73
38	MEDICINA INTERNA	J44.0	SPT_M0 44	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare	1	375,74	375,74
39	MEDICINA INTERNA	J44.1	SPT_M0 45	Boala pulmonară obstructivă cronică cu exacerbare acută, nespecificată	1	370,60	370,6
40	MEDICINA INTERNA	J45.0	SPT_M0 47	Astmul cu predominanță alergică	1	177,30	177,3
41	MEDICINA INTERNA	J47	SPT_M0 48	Bronșiectazia	1	355,11	355,11
42	MEDICINA INTERNA	J84.9	SPT_M0 50	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	1	381,74	381,74
43	MEDICINA INTERNA	K21.0	SPT_M0 51	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagită	1	307,15	307,15

VIZAT
Oficiul Juridic

44	MEDICINA INTERNA	K21.9	SPT_M0 52	Boala refluxului gastro-esofagian fără esofagită	1	230,01	230,01
45	MEDICINA INTERNA	K26.3	SPT_M0 53	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	1	200,82	200,82
46	MEDICINA INTERNA	K29.1	SPT_M0 54	Alte gastrite acute	1	311,60	311,6
47	MEDICINA INTERNA	K29.5	SPT_M0 55	Gastrita cronică, nespecificată	1	313,43	313,43
48	MEDICINA INTERNA	K30	SPT_M0 57	Dispepsia	1	180,12	180,12
49	MEDICINA INTERNA	K58.0	SPT_M0 59	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	1	322,47	322,47
50	MEDICINA INTERNA	K58.9	SPT_M0 60	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	1	309,88	309,88
51	MEDICINA INTERNA	K70.1	SPT_M0 61	Hepatita alcoolică	1	271,45	271,45
52	MEDICINA INTERNA	K73.2	SPT_M0 62	Hepatita activă cronică, neclasificată altundeva	1	405,55	405,55
53	MEDICINA INTERNA	K75.2	SPT_M0 63	Hepatita reactivă nespecifică	1	474,96	474,96
54	MEDICINA INTERNA	K76.0	SPT_M0 64	Degenerescență a grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	1	397,10	397,1
55	MEDICINA INTERNA	K81.1	SPT_M0 65	Colecistita cronică	1	339,14	339,14
56	MEDICINA INTERNA	K82.8	SPT_M0 67	Alte boli specificate ale vezicii biliare	1	263,17	263,17
57	MEDICINA INTERNA	K91.1	SPT_M0 68	Sindroame după chirurgia gastrică	1	285,59	285,59
58	MEDICINA INTERNA	L50.0	SPT_M0 70	Urticaria alergică (fără Edem, Quinke)	1	204,48	204,48

VIZAT
Oficiul nr. 10

59	MEDICINA INTERNA	M16.9	SPT_M0 72	Coxartroza, nespecificata	1	196,79	196,79
60	MEDICINA INTERNA	M17.9	SPT_M0 73	Gonartroza, nespecificata	1	202,45	202,45
61	MEDICINA INTERNA	M51.2	SPT_M0 74	Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicație operatorie	1	313,33	313,33
62	MEDICINA INTERNA	M54.4	SPT_M0 75	Lumbago cu sciatică-	1	347,28	347,28
63	MEDICINA INTERNA	M54.5	SPT_M0 76	Dorsalgie joasă-	1	378,19	378,19
64	MEDICINA INTERNA	N39.0	SPT_M0 78	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	1	213,11	213,11
65	MEDICINA INTERNA	E66.0	SPT_M0 18	Obezitate datorită unui exces caloric	1	305,19	305,19
66	MEDICINA INTERNA	K86.9	SPT_M1 11	Boala pancreasului nespecificată	1	250,00	250
67	PEDIATRIE	J00	SPT_M0 33	Rino-faringita acută [guturaiul comun] (* pentru copii 0 - 5 ani)	1	167,15	167,15
68	PEDIATRIE	J02.9	SPT_M0 34	Faringita acută, nespecificată (* pentru copii 0 - 5 ani)	1	163,63	163,63
69	PEDIATRIE	J03.9	SPT_M0 35	Amigdalita acută, nespecificată	1	165,12	165,12
70	PEDIATRIE	J06.8	SPT_M0 36	Alte infecții acute ale căilor respiratorii superioare cu localizări multiple	1	171,71	171,71
71	PEDIATRIE	J06.9	SPT_M0 37	Infecții acute ale căilor respiratorii superioare, nespecificate	1	163,56	163,56
72	PEDIATRIE	J18.9	SPT_M0 42	Pneumonie,	1	417,73	417,73

				nespecificată			
73	PEDIATRIE	J20.9	SPT_M0 43	Bronșita acută, nespecificată	1	168,46	168,46
74	PEDIATRIE	J84.9	SPT_M0 50	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	1	381,74	381,74
75	PEDIATRIE	K29.1	SPT_M0 54	Alte gastrite acute	1	311,60	311,6
76	PEDIATRIE	K29.9	SPT_M0 56	Gastro- duodenita, nespecificată	1	216,25	216,25
77	PEDIATRIE	K30	SPT_M0 57	Dispepsia	1	180,12	180,12
78	PEDIATRIE	K52.9	SPT_M0 58	Gastroenterita și colita neinfecțioase, nespecificate	1	241,02	241,02
79	PEDIATRIE	K58.0	SPT_M0 59	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	1	322,47	322,47
80	PEDIATRIE	K58.9	SPT_M0 60	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	1	309,88	309,88
81	PEDIATRIE	L50.0	SPT_M0 70	Urticaria alergică (fără Edem Quinke)	1	204,48	204,48
82	PEDIATRIE	N30.0	SPT_M0 77	Cistita acută	1	221,39	221,39
83	PEDIATRIE	N39.0	SPT_M0 78	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	1	213,11	213,11
84	PEDIATRIE	R10.4	SPT_M0 92	Altă durere abdominală și nespecificată	1	134,41	134,41
85	PEDIATRIE	R59.0	SPT_M0 93	Ganglioni limfatici măriți localizați	1	512,98	512,98
86	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N30.0	SPT_M0 77	Cistita acută	1	221,39	221,39
87	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N73.9	SPT_M0 80	Boala inflamatorie pelviană feminină, nespecificată	1	138,35	138,35
88	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N92.1	SPT_M0 82	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclul menstrual	1	233,25	233,25

VIZAT
oficiul nr. 115

				neregulat			
89	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N95.0	SPT_M0 85	Sângerări postmenopauză	1	311,36	311,36
90	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	O02.1	SPT_M0 86	Avort fals	1	97,77	97,77
91	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	O03.4	SPT_M0 87	Avort spontan incomplet, fără complicații	1	98,84	98,84
92	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	O12.0	SPT_M0 88	Edem gestațional	1	198,65	198,65
93	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	O21.0	SPT_M0 89	Hiperemeza gravidică ușoară	1	125,86	125,86
94	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	O23.1	SPT_M0 90	Infecțiile vezicii urinare în sarcină	1	127,48	127,48
95	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	O34.2	SPT_M0 91	Îngrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare	1	464,82	464,82
96	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N39.0	SPT_M0 78	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	1	213,11	213,11
97	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N92.0	SPT_M0 81	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclul menstrual regulat	1	332,24	332,24
98	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N92.4	SPT_M0 83	Sângerări excesive în perioada de premenopauză	1	323,27	323,27
99	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	N93.8	SPT_M0 84	Alte sângerări anormale specificate ale uterului și vaginului	1	389,85	389,85
100	CHIRURGIE GENERALA	D17.1	SPT_M0 07	Tumora lipomatoasă benignă a pielii și a țesutului subcutanat al	1	225,87	225,87

SECRET
Căminul Juriștilor

				trunchiului			
10 1	CHIRURGIE GENERALA	I83.9	SPT_M0 32	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulcerație sau inflamație	1	383,92	383,92
10 2	CHIRURGIE GENERALA	J03.9	SPT_M0 35	Amigdalita acută, nespecificată	1	165,12	165,12
10 3	CHIRURGIE GENERALA	K26.3	SPT_M0 53	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	1	200,82	200,82
10 4	CHIRURGIE GENERALA	K29.1	SPT_M0 54	Alte gastrite acute	1	311,60	311,6
10 5	CHIRURGIE GENERALA	K29.9	SPT_M0 56	Gastro- duodenita, nespecificată	1	216,25	216,25
10 6	CHIRURGIE GENERALA	K81.1	SPT_M0 65	Colecistita cronică	1	339,14	339,14
10 7	CHIRURGIE GENERALA	K81.8	SPT_M0 66	Alte colecistite	1	290,90	290,9
10 8	CHIRURGIE GENERALA	K82.8	SPT_M0 67	Alte boli specificate ale vezicii biliare	1	263,17	263,17
10 9	CHIRURGIE GENERALA	K91.1	SPT_M0 68	Sindroame după chirurgia gastrică	1	285,59	285,59
11 0	CHIRURGIE GENERALA	L60.0	SPT_M0 71	Unghia încarnată	1	297,32	297,32
11 1	CHIRURGIE GENERALA	M16.9	SPT_M0 72	Coxartroza, nespecificata	1	196,79	196,79
11 2	CHIRURGIE GENERALA	M17.9	SPT_M0 73	Gonartroza, nespecificata	1	202,45	202,45
11 3	CHIRURGIE GENERALA	M51.2	SPT_M0 74	Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicație operatorie	1	313,33	313,33
11 4	CHIRURGIE GENERALA	M54.4	SPT_M0 75	Lumbago cu sciatică-	1	347,28	347,28
11 5	CHIRURGIE GENERALA	M54.5	SPT_M0 76	Dorsalgie joasă-	1	378,19	378,19

VIZAT
Oficiul Jur. 112

11 6	CHIRURGIE GENERALA	N30.0	SPT_M0 77	Cistita acută	1	221,39	221,39
11 7	CHIRURGIE GENERALA	N39.0	SPT_M0 78	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	1	213,11	213,11
11 8	CHIRURGIE GENERALA	N47	SPT_M0 79	Hipertrofia prepuțului, fimoza, parafimoza	1	229,22	229,22
11 9	CHIRURGIE GENERALA	R10.4	SPT_M0 92	Altă durere abdominală și nespecificată	1	134,41	134,41
12 0	CHIRURGIE GENERALA	R59.0	SPT_M0 94	Ganglioni limfatici măriți localizați	1	246,68	246,68
12 1	CHIRURGIE GENERALA	S61.0	SPT_M0 95	Plagă deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea unghiei	1	245,74	245,74
12 2	CHIRURGIE GENERALA	S61.88	SPT_M0 96	Plagă deschisă a altor părți ale pumnului și mâinii	1	127,48	127,48
12 3	CHIRURGIE GENERALA	I70.21	SPT_M1 00	Ateroscleroza arterelor extremităților cu claudicație intermitentă	1	273,62	273,62
12 4	CHIRURGIE GENERALA	I80.3	SPT_M1 01	Flebita și tromboflebita extremităților inferioare, nespecificată	1	383,92	383,92
12 5	CHIRURGIE GENERALA	I83.0	SPT_M1 03	Vene varicoase cu ulcerări ale extremităților inferioare	1	383,92	383,92
12 6	CHIRURGIE GENERALA	K86.9	SPT_M1 11	Boala pancreasului nespecificată	1	250,00	250
12 7	CHIRURGIE GENERALA	K29.5	SPT_M0 55	Gastrita cronică, nespecificată	1	313,43	313,43
12 8	CHIRURGIE GENERALA	K30	SPT_M0 57	Dispepsia	1	180,12	180,12
x	TOTAL GENERAL	x	x	x	128	x	36081,45


 VIZAT
 Oficiul Jur. 112

(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 iulie 2021, respectiv de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii, după caz, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, 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. d), f) - i), k) - m), n), o) - s), t, ț, aa), ab), 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 suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor.

(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 1% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective;

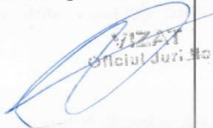
b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 2% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a);

c) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente, inclusiv pentru raportarea de medicamente expirate în trimestrul respectiv, trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respectiv(e), la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate și raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată. În situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată și cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/


Oficiul Jurii

serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor.

(4) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 6 lit. z), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;

b) începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, 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. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute în contract.

(5) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a) pct. 1, pct. 2 și pct. 3, lit. e), u), v), w) și x), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua și la următoarele constatări, se diminuează cu 0,1% valoarea totală de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, 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 efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(7) Recuperarea sumei potrivit alin. (1) - (5) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) 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).

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Art. 9. - Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. RO32TREZ50921F332100XXXX, deschis la Trezoreria Orașului Corabia.

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 sau revocarea de către autoritățile competente a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare 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 acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

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.

VIZAT
Orașul Juridic

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 dintre următoarele situații:

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

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

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

b) acordul de voință al părților;

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

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract 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 3 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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

Art. 22. - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

Art. 23. - (1) Litigiile 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 - (1) Sumele decontate necuvenit din fond ca urmare a nerespectării de către furnizor a legislației în vigoare și a clauzelor contractuale, constatate cu ocazia controlului efectuat de structura de control a CAS Olt, sunt recuperate și purtătoare de obligații accesorii, conform dispozițiilor art. 73¹ din Legea 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.

(2) În situația în care, măsurile dispuse prin Raportul de control încheiat de structura de control a CAS Olt nu se implementează în termenul legal prevăzut de actele normative în vigoare, Raportul de control devine titlu executoriu.

Art. 25 - Sumele încasate de furnizori în temeiul art. 320 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, reprezentând servicii medicale care nu se suportă din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, respectiv debite recuperate și nevirate în contul CAS Olt în termen de 3 (trei) zile lucrătoare, sunt purtătoare de obligații accesorii, conform dispozițiilor art. 73¹ din Legea 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 26 - Decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate se realizează lunar de către CAS Olt, din fondurile aprobate cu această destinație, în limita creditelor bugetare deschise.

Art. 27 - Suma înscrisă în actele adiționale încheiate pentru perioada ianuarie-iulie 2021 este consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală a prezentului contract.

Art. 28 - (1) Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive au obligația de a respecta prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului 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.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzută la alin. (1), se aplică sancțiunile prevăzute de actele normative în vigoare.

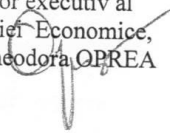
Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 30.07.2021, în două exemplare a câte 34 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT,

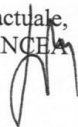
Director General,
Ec. Carmen-Liana CIRJAN



Director executiv al
Direcției Economice,
Ec. Theodora OPREA



Director executiv al
Direcției Relații Contractuale,
Ec. Sorina-Daniela OANCEA



Vizat, Comp.Juridic, Confencios Administrativ,
Jr. Dragoș OSTROVEANU



SPITALUL ORĂȘENESC CORABIA,



Manager,
Ec. Cristian Florentin FILIP



Director medical,
Dr. Dan-Silviu MUSAT



Director financiar-contabil,
Ec. Motora BĂNICĂ

