

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale spitalicești

923. / 29-07-2021

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate CAS Teleorman, cu sediul în municipiul/orașul Alexandria, str. Libertății, nr. 1, județul/sectorul TELEORMAN, telefon 0247317084, fax 0247317084, reprezentată prin Director general Ec. TITA NICUSOR,

și

Unitatea sanitară cu paturi SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE, cu sediul în Videle, Soseaua Pitesti, nr. 54, telefon 0247454111, fax, e-mail office@spitalvidele.ro, reprezentat prin DR. VIRJOGHE VICTOR,

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. 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.

IV. Durata contractului

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data de 01-08-2021 până la data de 31-12-2021.

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 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. 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;

3. contribuția personală pe care o pot încasa spitalele private pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG; informațiile privind tarifele practicate de furnizorii privați, suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG și diferența dintre acestea sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediul într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în 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 H.G. nr. 696/2021;

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 European/Confederația Elvețiană/Regatul 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 căruia 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 arieratelor 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;

3. formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu

spitalului, calculată la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, precum și toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în deviz pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia;

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 împlinesc 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 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 extemarea 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;

ah) să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul spitalelor private, pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, conform modelului prevăzut în 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 H.G. nr. 696/2021.

Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

În situațiile identificate în strânsă legătură cu evoluția clinică a cazului respectiv, furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

VI. Modalități de plată

ART. 7

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

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecțiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din anexa nr. 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:

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2021	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2021	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Oftalmologie	0	1,0609	1.475,00	0,00
Obstetrica-Ginecologie	143	1,0609	1.475,00	223.770,33
Neonatologie (nn si prematuri)	44	1,0609	1.475,00	68.852,41
Pediatrie	227	1,0609	1.475,00	355.215,85
Chirurgie generala	188	1,0609	1.475,00	294.187,57
Ortopedie si traumatologie	45	1,0609	1.475,00	70.417,24
Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	48	1,0609	1.475,00	75.111,73
Medicina interna	403	1,0609	1.475,00	630.625,48
Neurologie	90	1,0609	1.475,00	140.834,48
TOTAL				1.859.015,09

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

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

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare *) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Recuperare, medicina fizica si balneologie	238	11.15	202,11	536.339,30
Cronici	112	7.97	198,29	177.001,58
TOTAL				713.340,88

*) 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.

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăsește în Anexa 4.

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

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2021 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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021 și este de 0,00 lei.

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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de boli cronice, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021:

Secția/Compartimentul	Nr. cazuri externate	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, care se stabilește astfel:

Secția	Cazuri spitalizare de zi	Numărul de servicii medicale / cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciu medical*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale / cazurilor contractate
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
Chirurgie generala	Alta durere abdominala si nespecificata	2	134,41	268,82
Chirurgie generala	Alte boli specificate ale vezicii biliare K82.8	2	263,17	526,34
Chirurgie generala	Alte colecistite K81.8	2	290,90	581,80
Chirurgie generala	Alte gastrite acute K29.1	2	311,60	623,20
Chirurgie generala	Alte ingrijiri medicale specificate	20	331,17	6.623,40
Chirurgie generala	Biopsia tegumentului si tesutului subcutanat P01701	2	609,55	1.219,10
Chirurgie generala	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagita K21.0	2	307,15	614,30

Chirurgie generala	Boala refluxului gastro-esofagian fara esofagita K21.9	2	230,01	460,02
Chirurgie generala	Chirurgia varicelor H12601	2	808,68	1.617,36
Chirurgie generala	Cistita acuta N30	2	221,39	442,78
Chirurgie generala	Colecistita cronica K81.1	2	339,14	678,28
Chirurgie generala	D17.1 Tumora lipomatoasa benigna a pielii si a tesutului subcutanat al trunchiului	4	225,87	903,48
Chirurgie generala	Debridarea excizionala a partilor moi O19301	2	649,77	1.299,54
Chirurgie generala	Debridarea excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat P02201	2	649,77	1.299,54
Chirurgie generala	Debridarea non-excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat P02103	2	162,44	324,88
Chirurgie generala	Dispepsia K30	2	180,12	360,24
Chirurgie generala	Endoscopie digestiva superioara	2	371,57	743,14
Chirurgie generala	Endoscopie digestiva superioara J00101	2	371,57	743,14
Chirurgie generala	Endoscopie digestiva superioara cu biopsie J01202	2	480,31	960,62
Chirurgie generala	Endoscopie digestiva superioara cu biopsie J14201	2	480,31	960,62
Chirurgie generala	Excizia leziunilor tegumentare si tesutului subcutanat P01901	2	555,80	1.111,60
Chirurgie generala	Ganglioni limfatici mariti localizati	2	512,98	1.025,96
Chirurgie generala	Gastrita cronica nespecificata K29.5	2	313,43	626,86
Chirurgie generala	Gastroenterita si colita neinfectioase nespecificate K52.9	2	241,02	482,04
Chirurgie generala	H12602	2	808,68	1.617,36
Chirurgie generala	Hipertrofia preputului, fimoză, parafimoză N47	2	229,22	458,44
Chirurgie generala	I80.3 Flebita si tromboflebita extremitatilor inferioare, nespecificata	20	383,92	7.678,40
Chirurgie generala	Incizia si drenajul abceselor ,tegumentelor si a tesutului subcutanat P00701	2	519,43	1.038,86
Chirurgie generala	Incizia si drenajul tegumentelor si ale tesutului subcutanat	4	519,43	2.077,72
Chirurgie generala	Indepartarea corpurilor straini din tegument si tesutul subcutanat cu incizie P00601	2	454,09	908,18

Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	DIABET MELITUS TIP 2 FARA COMPLICATII	2	305,81	611,62
Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	DIABET MELITUS TIP 2 CU CONTROL SLAB	2	341,86	683,72
Medicina interna	Alta deplasarea a unui alt disc intervertebral specificat, fara indicatie operatorie	2	313,33	626,66
Medicina interna	Alta durere abdominala si nespecificata	2	134,41	268,82
Medicina interna	Alte boli specificate ale vezicii biliare	2	263,17	526,34
Medicina interna	Alte boli pulmonare interstițiale specificate J84.8	2	380,09	760,18
Medicina interna	Alte colecistite K81.8	2	290,90	581,80
Medicina interna	Alte forme de angina pectorala(fara coronarografie) I20.8	2	273,62	547,24
Medicina interna	Alte gastrita acute K29.1	2	311,60	623,20
Medicina interna	Alte infectii acute ale cailor respiratorii superioare cu localizari multiple	2	171,71	343,42
Medicina interna	Alte ingrijiri medicale specificate	2	331,17	662,34
Medicina interna	Alte pneumonii bacteriene J15.8	2	398,65	797,30
Medicina interna	Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	2	375,98	751,96
Medicina interna	Amigdalita acuta, nespecificata	2	165,12	330,24
Medicina interna	Anemia prin carenta de fier nespecificata D50.9	2	340,34	680,68
Medicina interna	Anemia prin carenta de fier secundara unei pierderi de sange (cronica)	2	335,03	670,06
Medicina interna	Astmul cu predominanta alergica J45.0	2	177,30	354,60
Medicina interna	Ateroscleroza arterelor,extremitatilor cu claudicatie intermitenta I70.21	2	273,62	547,24
Medicina interna	Boala pancreasului nespecificata	2	250,00	500,00
Medicina interna	Boala pulmonara obstructiva cronica cu exacerbare acuta, nespecificata	2	370,60	741,20
Medicina interna	Boala pulmonara obstructiva cronica cu infectie acuta a cailor respiratorii inferioare J44.0	2	375,74	751,48
Medicina interna	Boala refluxului gastroesofagian cu esofagita K21.0	2	307,15	614,30

Chirurgie generala	Infectia tractului urinar cu localizare nespecificata N39	2	213,11	426,22
Chirurgie generala	Insuficienta venoasa (cronica) (periferica)	2	383,92	767,84
Chirurgie generala	J008504	2	631,35	1.262,70
Chirurgie generala	K76.0Degenerescenta grasoasa a ficatului, neclasificata altundeva	2	397,10	794,20
Chirurgie generala	P01309	2	273,03	546,06
Chirurgie generala	Plaga deschisa a altor parti ale pumnului si mainii	2	245,74	491,48
Chirurgie generala	Plaga deschisa a degetului (degetelor) fara vatamarea unghiei	2	246,68	493,36
Chirurgie generala	R60.0Edem localizat	20	198,65	3.973,00
Chirurgie generala	Repararea plagilor tegumentare si ale tesutului subcutanata implicand tesuturile mai profunde P02902	2	555,80	1.111,60
Chirurgie generala	Rezectia partiala a unghiei incarnate P02504	2	283,18	566,36
Chirurgie generala	Sidroame dupa chirurgia gastrica K91.1	2	285,59	571,18
Chirurgie generala	Sindrom intestin iritabil cu diaree K58.0	2	322,47	644,94
Chirurgie generala	Sindrom intestin iritabil fara diaree K58.9	2	309,88	619,76
Chirurgie generala	Ulcerul duodenal,acut fara hemoragie sau perforatie,diagnosticat anterior K26.3	2	200,82	401,64
Chirurgie generala	Vene varicoase ale extremitatilor inferioare fara ulceratie sau inflamatie	2	383,92	767,84
Chirurgie generala	Vene varicoase cu ulceratie ale extremitatilor inferioare	20	383,92	7.678,40
Chirurgie generala	gastroduodenita nespecificata K29.9	2	216,25	432,50
Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	ALTE FORME SPECIFICE DE DIABET	2	427,32	854,64
Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	DIABET MELITUS TIP 1 CU COMPLICATII MICROVASCULARE	2	378,90	757,80
Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	DIABET MELITUS TIP 1 CU CONTROL SLAB	2	303,12	606,24
Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	DIABET MELITUS TIP 2 CU COMPLICATII MICROVASCULARE	80	427,32	34.185,60

Medicina interna	Boala refluxului gastroesofagian fara esofagita k21.9	2	230,01	460,02
Medicina interna	Bronsiectazia J47	2	355,11	710,22
Medicina interna	Bronsiita acuta nespecificata J20.9	2	168,46	336,92
Medicina interna	Cardiomiopatie ischemica I25.5	2	273,62	547,24
Medicina interna	Cardiopatia aterosclerotica a arterei coronariene native	2	322,40	644,80
Medicina interna	Cardiopatie ischemica cronica, nespecificata fara coronarografie I25.9	2	302,74	605,48
Medicina interna	Cistita acuta N30	2	221,39	442,78
Medicina interna	Colecistita cronica	2	339,14	678,28
Medicina interna	Coxartroza primara, bilaterala M16.0	2	196,79	393,58
Medicina interna	Degenerescenta grasoasa a ficatului, neclasificata altundeva K76.0	2	397,10	794,20
Medicina interna	Diareea si gastro-enterita probabil infectioase	2	255,40	510,80
Medicina interna	Dispepsia	2	180,12	360,24
Medicina interna	Dorsalgie joas?	2	378,19	756,38
Medicina interna	E78,2Hiperlipidemie mixta	2	381,48	762,96
Medicina interna	Edem localizat	2	198,65	397,30
Medicina interna	F50.9Tulburare de apetit, nespecificata	2	297,53	595,06
Medicina interna	Flebita si tromboflebita extremitatilor inferioare, nespecificata	2	383,92	767,84
Medicina interna	Ganglioni limfatici mariti localizati	2	512,98	1.025,96
Medicina interna	Gastroduodenita nespecificata k299	2	216,25	432,50
Medicina interna	Gastroenterita si colita neinfectioase, nespecificate	4	241,02	964,08
Medicina interna	Gonartroza primara, bilaterala M17.9	2	202,45	404,90
Medicina interna	Hepatita activa cronica, neclasificata altundeva k73.2	2	405,55	811,10
Medicina interna	Hepatita alcoolica K70.1	2	271,45	542,90
Medicina interna	Hepatita reactiva nespecificata K75.2	2	474,96	949,92

Medicina interna	I67.2Ateroscleroza cerebrala	2	322,40	644,80
Medicina interna	I67.8Alte boli cerebrovasculare, specificate	2	322,40	644,80
Medicina interna	Infectia bacteriana, nespecificata	2	304,46	608,92
Medicina interna	Infectia intestinala bacteriana, nespecificata	2	304,46	608,92
Medicina interna	Infectia intestinala virala, nespecificata	2	241,74	483,48
Medicina interna	Infectia tractului urinar, cu localizare nespecificata N39	2	213,11	426,22
Medicina interna	Insuficienta (valva)aortica (fara coronarografie) I35.1	2	381,12	762,24
Medicina interna	Insuficienta mitrala(valva)aortica (fara indicatie de interventie chirurgicala) I34.0	2	379,67	759,34
Medicina interna	Insuficienta venoasa cronica sau periferica I87.2	2	383,92	767,84
Medicina interna	J44.9Boala pulmonara obstructiva cronica, nespecificata	2	360,39	720,78
Medicina interna	K29.5Gastrita cronica, nespecificata	2	313,43	626,86
Medicina interna	Lumbago cu sciatic?	2	347,28	694,56
Medicina interna	Malnutritia proteino-energetica moderata	2	362,46	724,92
Medicina interna	Malnutritia proteino-energetica usoara	2	362,46	724,92
Medicina interna	Pneumonia lobara, nespecificata	2	402,62	805,24
Medicina interna	Pneumonia virala, nespecificata	2	372,77	745,54
Medicina interna	Pneumonie nespecificata J18.9	2	417,73	835,46
Medicina interna	Sindrom vertebro-bazilar	2	227,98	455,96
Medicina interna	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	2	322,47	644,94
Medicina interna	Sindromul intestinului iritabil fara diaree	2	309,88	619,76
Medicina interna	Stenoza valva(aortica) fara indicatie de interventiechirurgicala) I35.0	2	400,68	801,36
Medicina interna	TIROIDITA AUTOIMUNA	2	316,99	633,98
Medicina interna	Tulburare anxioasa si depresiva mixta	2	297,53	595,06
Medicina interna	Ulcerul duodenal, acut fara hemoragie sau perforatie, diagnosticat anterior K26.3	2	200,82	401,64

Medicina interna	Urticaria alergica L50	2	204,48	408,96
Medicina interna	Vene varicoase cu ulceratie ale extremitatilor inferioare	2	383,92	767,84
Medicina interna	infectii acute ale cailor respiratorii superioare nespecificate J06.9	2	163,56	327,12
Obstetrica-Ginecologie	Alte ingrijiri medicale specificate	2	331,17	662,34
Obstetrica-Ginecologie	Alte sangerari anormale specificate ale uterului si vaginului N93.8	2	389,85	779,70
Obstetrica-Ginecologie	Avort fals O02.1	2	97,77	195,54
Obstetrica-Ginecologie	Avort spontan incomplet fara complicatii O03.4	2	98,84	197,68
Obstetrica-Ginecologie	Boala inflamatorie pelvina feminina nespecificata N73.9	2	138,35	276,70
Obstetrica-Ginecologie	Edem gestational O12.0	2	198,65	397,30
Obstetrica-Ginecologie	Excizie polip cervical,dilatata si chiuretajul uterului M02601	2	390,76	781,52
Obstetrica-Ginecologie	Excizie polip cervical,dilatata si chiuretajul uterului M02801	2	390,76	781,52
Obstetrica-Ginecologie	Excizie polip cervical,dilatata si chiuretajul uterului M03702	2	390,76	781,52
Obstetrica-Ginecologie	Hiperemeza gravidica usoara O21.0	2	125,86	251,72
Obstetrica-Ginecologie	Infectiile vezicii urinare in sarcina O23.1	2	127,48	254,96
Obstetrica-Ginecologie	M04403	2	480,31	960,62
Obstetrica-Ginecologie	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclu menstrual neregulat N92.1	2	233,25	466,50
Obstetrica-Ginecologie	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclu menstrual regulat N92.0	2	332,24	664,48
Obstetrica-Ginecologie	Sangerari excesive in perioada de premenopauza N92.4	2	323,27	646,54
Obstetrica-Ginecologie	Sangerari post menopauza N95.0	2	311,36	622,72
Obstetrica-Ginecologie	excizie polip cervical,dilatata si chiuretajul uterului M02802	2	219,55	439,10
Obstetrica-Ginecologie	m04402	2	480,31	960,62
Oftalmologie	C02201	2	246,93	493,86
Oftalmologie	C04401	2	246,93	493,86
Oftalmologie	Pterigion cu plastie	2	246,93	493,86
Ortopedie si traumatologie	Alta deplasarea a unui alt disc intervertebral specificat, fara indicatie operatorie	2	313,33	626,66
Ortopedie si traumatologie	Alte ingrijiri medicale specificate	2	331,17	662,34

Ortopedie si traumatologie	Plaga deschisa a altor parti ale pumnului si mainii	2	245,74	491,48
Ortopedie si traumatologie	Plaga deschisa a degetului (degetelor) fara vatamarea unghiei	2	246,68	493,36
Pediatrie	Alta durereabdominalasi nespecificata R10.4	2	134,41	268,82
Pediatrie	Alte anemii prin carenta de fier	2	532,02	1.064,04
Pediatrie	Alte infectii acute ale cailor respiratorii superioare cu localizari multiple	2	171,71	343,42
Pediatrie	Alte ingrijiri medicale specificate	2	331,17	662,34
Pediatrie	Amigdalita acuta nespecificata j03.9	2	165,12	330,24
Pediatrie	Anemia prin carenta de fier, nespecificata	2	340,34	680,68
Pediatrie	Boala pulmonara interstitiala nespecificata J84.9	2	381,74	763,48
Pediatrie	Boala refluxului gastroesofagian fara esofagita K21.9	2	230,01	460,02
Pediatrie	Bronsita acuta nespecificata J20.9	2	168,46	336,92
Pediatrie	Cistita acuta N30	2	221,39	442,78
Pediatrie	Diareea si gastroenterita probabil infectioase A09	2	255,40	510,80
Pediatrie	Dispepsia K30	2	180,12	360,24
Pediatrie	Faringita acuta nespecificata pentru copii 0-5 J02.9	2	163,63	327,26
Pediatrie	Gastro-duodenita, nespecificata	2	216,25	432,50
Pediatrie	Gastroenterita si colita neinfectioase, nespecificate	2	241,02	482,04
Pediatrie	Hepatita reactiva nespecifica	2	474,96	949,92
Pediatrie	Infectia intestinala bacteriana nespecificata A04.9	2	304,46	608,92
Pediatrie	Infectia tractului urinar cu localizare nespecificata nN39	2	213,11	426,22
Pediatrie	Infectii acute ale cailor respiratorii superioare nespecificate J06.9	2	163,56	327,12
Pediatrie	Malnutritia proteino-energetica usoara	2	362,46	724,92
Pediatrie	Pneumomienespecificata j18.9	2	417,73	835,46
Pediatrie	Pneumonia virala, nespecificata	2	372,77	745,54
Pediatrie	Urticaria alergica (fara edem Quincke) L50	2	204,48	408,96
Pediatrie	astmul cu predominanta alergica J45	2	177,30	354,60
x		100	204,28	20.428,00
x		100	413,75	41.375,00
x		40	200,00	8.000,00
TOTAL				237.867,44

*) Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este prevăzut în anexa nr. 22 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.

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăsește în Anexa 5.

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru cazurile 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 2021 este de 2.810.223,41 lei

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2021 se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acută, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronică, servicii paliative, după cum urmează:

Suma totală aferentă anului 2021:	2.810.223,41 *)				
	*) suma prevăzută la alin. (3)				
	Total	Acuți *) suma prevăzută la alin. (1) lit. a) sau lit. d)	Cronici *) suma prevăzută la alin. (1) lit. b)	Îngrijiri Paliative *) suma prevăzută la alin. (1) lit. c)	Spitalizare de zi *) suma prevăzută la alin. (1) lit. e)
0	1=2+3+4+5	2	3	4	5
Trimestrul I 2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ianuarie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Februarie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Martie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trimestrul II 2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aprilie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mai	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Iunie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trimestrul III 2021	2.278.182,04	1.326.973,72	713.340,88	0,00	237.867,44
Iulie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
August	1.139.091,02	663.486,86	356.670,44	0,00	118.933,72
Septembrie	1.139.091,02	663.486,86	356.670,44	0,00	118.933,72
Trimestrul IV 2021	532.041,37	532.041,37	0,00	0,00	0,00
Octombrie	532.041,37	532.041,37	0,00	0,00	0,00
Noiembrie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Decembrie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021 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 10, 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 20.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

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

(7) Trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract 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) și ah), 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/ 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 sau 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 termenul 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. RO67TREZ6065069XXX007018 deschis la TREZORERIA ALEXANDRIA.

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/înscrisorii 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/înscrisorii 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;

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/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) subpct. 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. 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

Furnizorul de servicii se obliga sa respecte prevederile Regulamentului (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), cu modificările și completările ulterioare.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 29-07-2021, în două exemplare a câte 30 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

**CASA DE ASIGURĂRI DE
SĂNĂTATE**

Director General,
Ec. TITA NICUSOR



Director executiv al Direcției economice,
Ec. ANA ROTARU

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
Ec. MIHAELA TUĐOR

Vizat
Juridic, contencios
Jr. CRISTIAN-SILVIU EANA

**FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE**

Manager,
VICTOR VIRJOGHE

Director medical,
SANDU CARMEN



Director financiar-contabil,
BOERNAȘU DORINA



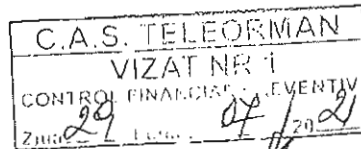
ANEXA 2
la
CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
923. / 29-07-2021

Lista medicilor care furnizează servicii medicale spitalicești:

Nr. crt.	Nume	Tip subcontractor	Specialitate	Grad profesional	Secție	Parafă	Autorizație de liberă practică / Certificat de participare la Colegiul Medicilor		Asigurare de ră civilă
							Nr.	Valabilitate	
1	CUCU ANCA-ADRIANA-ROXANA	Medic	ANATOMIE PATOLOGICA	SPECIALIST		892624	/ 33805	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G498850
2	CARTAS GHEORGHE	Medic	RADIOLOGIE-IMAGISTICA MEDICALA	PRIMAR		488112	/ 33802	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G499188
3	FRAILICH ALEXANDRU-MARCEL	Medic	MEDICINA INTERNA	PRIMAR		133430	74963 / 33826	05-04-2005 - / 01-01-2021 - 31-12-2021	G000498826
4	BOGHIANU RAMONA-IOLANDA	Medic	CHIRURGIE GENERALA	SPECIALIST		769846	/ 33798	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G000498843
5	LĂZĂRESCU LAURA-MIHAELA	Medic	NEUROLOGIE	SPECIALIST		C45973	/ 16235	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G 1007490
6	BĂCESCU GEANINA-LAURA	Medic	CHIRURGIE GENERALA	SPECIALIST		A85247	/ 16014	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G000503932
7	TRĂISTARU DORUȚ-TORIANI	Medic	DIABET ZAHARAT, NUTRIȚIE SI BOLI METABOLICE	SPECIALIST		D55646	/ 44414	- / 17-10-2020 - 16-10-2021	G000458336
8	PREDUCA ANDREEA	Medic	MEDICINA FIZICA DE REABILITARE	SPECIALIST		D64516	DECIZIE 427/10122020 SUSPENDARE CALITATE MEMBRU COLEGIUL MEDICILOR /	08-12-2020 - 22-09-2022 / -	
9	VÎRJOGHE VICTOR	Medic	CHIRURGIE GENERALA	SPECIALIST		972734	/ 80356	- / 15-01-2021 - 31-12-2021	G000498847
10	DUMITRU AMALIA-VIOLETA	Medic	NEONATOLOGIE	SPECIALIST		C01746	/ 24223	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G1007630
11	BURCEL MIRUNA-GABRIELA	Medic	OFTALMOLOGIE	SPECIALIST		F14701	/ 79056	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G000537871
12	DRĂGHICI ALEXANDRA	Medic	MEDICINA INTERNA	SPECIALIST		F81675	/ 93666	- / 28-05-2021 - 27-05-2022	MD 2000713586
13	TĂNASE ELENA	Medic	PEDIATRIE	SPECIALIST		E86807	/ 48452	- / 12-07-2021 - 11-07-2022	G 000614315
14	COZMA IONUT	Medic	MEDICINA FIZICA DE REABILITARE	SPECIALIST		C57851	87514 /	28-01-2021 - 27-01-2022 / -	RCPM21011574205
15	SANDU CARMEN	Medic	MEDICINA INTERNA	PRIMAR		588917	HD09/42 / 15983	27-04-2009 - / 01-01-2021 - 31-12-2021	G000498828
16	FLORESCU GABRIELA	Medic	IGIENA	PRIMAR		457153	/ 33812	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G498800
17	POPIAN FLOAREA	Medic	PEDIATRIE	PRIMAR		409471	/ 33853	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G000545807
18	PĂNESCU GEORGE-CRISTIAN	Medic	CHIRURGIE GENERALA	PRIMAR		277477	/ 33818	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G000498831
19	SAFAOUI MACHHOUR	Medic	OBSTETRICA-GINECOLOGIE	PRIMAR		979552	/ 33795	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G000498827
20	HORHOGEA PETRU-MIRCEA	Medic	ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE	PRIMAR		206437	/ 12549	- / 01-01-2021 - 31-12-2021	G000498830

21	GHILIMEI CRISTINA- GEORGEANA	Medic	MEDICINA FIZICA DE REABILITARE	SPECIALIST		F92132	96500/96500	11-01-2021 - 10-01-2022/ 11-01-2021 - 10-01-2022	VIT105036386
22	AL KASMO MOHAMED- KHER	Medic	OBSTETRICA- GINECOLOGIE	PRIMAR		796128	/72559	- /01-01-2021 - 31-12-2021	G000505554

Întocmit



ANEXA 3
la
CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
923. / 29-07-2021

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

:

Anexa AUGUST 2021

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2021	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2021	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Oftalmologie	0	1,0609	1.475,00	0,00
Obstetrica-Ginecologie	51	1,0609	1.475,00	79.806,20
Neonatologie (nn si prematuri)	16	1,0609	1.475,00	25.037,24
Pediatrie	81	1,0609	1.475,00	126.751,03
Chirurgie generala	67	1,0609	1.475,00	104.843,44
Ortopedie si traumatologie	16	1,0609	1.475,00	25.037,24
Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	17	1,0609	1.475,00	26.602,07
Medicina interna	144	1,0609	1.475,00	225.335,16
Neurologie	32	1,0609	1.475,00	50.074,48
TOTAL	424	x	x	663.486,86

:

Anexa SEPTEMBRIE 2021

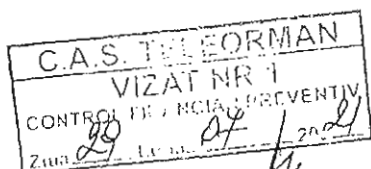
Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2021	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2021	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Oftalmologie	0	1,0609	1.475,00	0,00
Obstetrica-Ginecologie	51	1,0609	1.475,00	79.806,20
Neonatologie (nn si prematuri)	16	1,0609	1.475,00	25.037,24
Pediatrie	81	1,0609	1.475,00	126.751,03
Chirurgie generala	67	1,0609	1.475,00	104.843,44
Ortopedie si traumatologie	16	1,0609	1.475,00	25.037,24
Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	17	1,0609	1.475,00	26.602,07
Medicina interna	144	1,0609	1.475,00	225.335,16
Neurologie	32	1,0609	1.475,00	50.074,48

TOTAL	424	x	x	663.486,86
TOTAL TRIMESTRU III 2021	848	x	x	1.326.973,72

Anexa OCTOMBRIE 2021

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case- mix pentru anul 2021	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2021	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Oftalmologie	0	1,0609	1.475,00	0,00
Obstetrica-Ginecologie	41	1,0609	1.475,00	64.157,93
Neonatologie (nn si prematuri)	12	1,0609	1.475,00	18.777,93
Pediatrie	65	1,0609	1.475,00	101.713,79
Chirurgie generala	54	1,0609	1.475,00	84.500,69
Ortopedie si traumatologie	13	1,0609	1.475,00	20.342,76
Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	14	1,0609	1.475,00	21.907,59
Medicina interna	115	1,0609	1.475,00	179.955,16
Neurologie	26	1,0609	1.475,00	40.685,52
TOTAL	340	x	x	532.041,37
TOTAL TRIMESTRU IV 2021	340	x	x	532.041,37
Valoare contract	1188	x	x	1.859.015,09

Întocmit



ANEXA 4
la
CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
923. / 29-07-2021

Detalierea pe luni a serviciilor medicale spitalicești acordate în 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:

:

Anexa AUGUST 2021

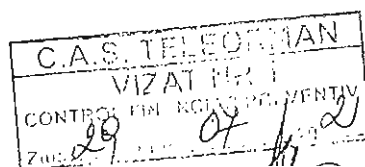
Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Recuperare, medicina fizica si balneologie	119	11.15	202,11	268.169,65
Cronici	56	7.97	198,29	88.500,79
TOTAL	175	x	x	356.670,44

:

Anexa SEPTEMBRIE 2021

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Recuperare, medicina fizica si balneologie	119	11.15	202,11	268.169,65
Cronici	56	7.97	198,29	88.500,79
TOTAL	175	x	x	356.670,44
TOTAL TRIMESTRU III 2021	350	x	x	713.340,88
Valoare contract	350	x	x	713.340,88

Întocmit



ANEXA 5
la
CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
923. / 29-07-2021

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

Luna AUGUST 2021

Secție	Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciu medical*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale / cazurilor contractate
	C1	C2	C3 = C2 x C1
Oftalmologie	3	,00	740,79
Obstetrica-Ginecologie	18	,00	5.060,54
Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	45	,00	18.849,81
Chirurgie generala	85	,00	29.912,55
Ortopedie si traumatologie	4	,00	1.136,92
Pediatrie	24	,00	6.423,62
Medicina interna	72	,00	21.907,99
x	50	204,28	10.214,00
x	20	200,00	4.000,00
x	50	413,75	20.687,50
Total număr cazuri:			251
Total număr servicii:			120
Total valoare cazuri:			84.032,22
Total valoare servicii:			34.901,50
Total valoare zi:			118.933,72

Luna SEPTEMBRIE 2021

Secție	Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciu medical*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale / cazurilor contractate
	C1	C2	C3 = C2 x C1
Oftalmologie	3	,00	740,79
Obstetrica-Ginecologie	18	,00	5.060,54
Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	45	,00	18.849,81
Chirurgie generala	85	,00	29.912,55
Ortopedie si traumatologie	4	,00	1.136,92
Pediatrie	24	,00	6.423,62
Medicina interna	72	,00	21.907,99
x	50	204,28	10.214,00
x	20	200,00	4.000,00

x	50	413,75	20.687,50
Total număr cazuri:		251	
Total număr servicii:		120	
Total valoare cazuri:		84.032,22	
Total valoare servicii:		34.901,50	
Total valoare zi:		118.933,72	
TOTAL NUMAR CAZURI TRIMESTRU III 2021:		251	
TOTAL NUMAR SERVICII TRIMESTRU III 2021 :		120	
TOTAL VALOARE CAZURI TRIMESTRU III 2021:		168.064,44	
TOTAL VALOARE SERVICII TRIMESTRU III 2021 :		69.803,00	
TOTAL VALOARE ZI TRIMESTRU III 2021 :		237.867,44	
Total numar cazuri an:		251	
Total numar servicii an:		120	
Total valoare cazuri an:		168.064,44	
Total valoare servicii an:		69.803,00	
Total valoare an:		237.867,44	

Întocmit



ACT ADITIONAL
Nr. D54 din 29.07.2021
la contractul
Nr. D 923 din 31.01.2018

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate Teleorman, cu sediul în municipiul/orașul Alexandria, str. Libertatii nr. 1 județul/sectorul Teleorman, telefon 0247/317084, fax, reprezentată prin director general Ec. TIȚĂ NICUȘOR,

și

Unitatea sanitară publică / unitatea sanitară care are ca asociat unic unitatea administrativ-teritorială Spitalul Orasenesc Videle, cu sediul în Videle, str. Soseaua Pitesti, nr. 54, telefon: fix/mobil 0724351970, fax, e-mail office@spitalvidele.ro, reprezentată prin Dr. VÎRJOGHE VICTOR,

II. Obiectul actului aditional

Obiectul prezentului act aditional îl constituie prelungirea contractului nr. D 923/31.01.2018 în condițiile menținerii aplicabilității prevederilor art.38 din Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, cu modificările și completările ulterioare.

Art.1. Valabilitatea contractului nr. D 923/31.01.2018 se prelungeste pana la data de 31.12.2021.

Restul prevederilor contractului nr. D 923/31.01.2018 se mențin neschimbate.

Prezentul act adițional la contractul nr. D 923/31.01.2018 s-a încheiat astazi 29.07.2021 în două exemplare, a câte 1 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă .

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director General,
Ec. TIȚĂ NICUȘOR

Director executiv al Direcției economice,
Ec. ANA RÔTĂRU

Director executiv al Direcției relații contractuale,
Ec. TUDOR MIHAELA

Vizat
Juridic, conf. encios
Jr. CRISTIAN-SILVIU EANA

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,
Dr. VÎRJOGHE VICTOR

Director medical,
Dr. SANDU CARMEN

Director financiar-contabil,
Ec. BOERNASU DORINA

Director de îngrijiri,
.....



CONVENȚIE
privind eliberarea certificatelor de concediu medical
923 / 28-07-2021

I. Părțile convenției

Casa de asigurări de sănătate CAS Teleorman, cu sediul în municipiul/orașul Alexandria, str. Libertății, nr. 1, județul/sectorul TELEORMAN, telefon 0247317084, fax 0247317084 reprezentată prin președinte - director general Ec. TITA NICUSOR,

și

Unitatea sanitară cu paturi SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE, cu sediul în Videle, Soseaua Pitesti, nr. 54, telefon 0247454111, fax, e-mail office@spitalvidele.ro, reprezentat prin DR. VIRJOGHE VICTOR,

II. Obiectul convenției

ART. 1

Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea certificatelor de concediu medical, conform prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 2

Eliberarea certificatelor de concediu medical se face de către următorii medici:

1. Medicul HORHOGEA PETRU-MIRCEA, cod parafă 206437, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 12549/01-01-2021
2. Medicul SAFAOUI MACHHOUR, cod parafă 979552, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 33795/01-01-2021
3. Medicul PĂNESCU GEORGE-CRISTIAN, cod parafă 277477, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 33818/01-01-2021
4. Medicul POPIAN FLOAREA, cod parafă 409471, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 33853/01-01-2021
5. Medicul SANDU CARMEN, cod parafă 588917, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. HD09/42/27-04-2009/15983/01-01-2021
6. Medicul AL KASMO MOHAMED-KHER, cod parafă 796128, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 72559/01-01-2021
7. Medicul FRAILICH ALEXANDRU-MARCEL, cod parafă 133430, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 74963/05-04-2005/33826/01-01-2021
8. Medicul BOGHIANU RAMONA-IOLANDA, cod parafă 769846, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 33798/01-01-2021
9. Medicul LĂZĂRESCU LAURA-MIHAELA, cod parafă C45973, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 16235/01-01-2021
10. Medicul BĂCESCU GEANINA-LAURA, cod parafă A85247, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 16014/01-01-2021
11. Medicul TRĂISTARU DORUȚ-TORIANI, cod parafă D55646, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 44414/17-10-2020
12. Medicul PREDUCA ANDREEA, cod parafă D64516, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 55851/17-10-2018

13. Medicul VÎRJOGHE VICTOR, cod parafă 972734, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 80356/15-01-2021
14. Medicul DUMITRU AMALIA-VIOLETA, cod parafă C01746, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 24223/01-01-2021
15. Medicul BURCEL MIRUNA-GABRIELA, cod parafă F14701, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 79056/01-01-2021
16. Medicul DRĂGHICI ALEXANDRA, cod parafă F81675, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.93666/28-05-2021
17. Medicul TĂNASE ELENA, cod parafă E86807, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 48452/12-07-2021
18. Medicul COZMA IONUȚ, cod parafă C57851, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 87514/28-01-2021
19. Medicul GHILIMEI CRISTINA-GEORGEANA, cod parafă F92132, Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. 96500/11-01-2021/96500/11-01-2021

III. Prezentă convenție este valabilă de la data de 01-08-2021 până la data de 31-12-2021, cu posibilitatea prelungirii valabilității prin act adițional.

IV. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 3

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) sa controleze modul de acordare a concediilor medicale și de eliberare a certificatelor de concediu medical;
- b) sa țină evidente distincte, cu înregistrarea certificatelor de concediu medical distribuite medicilor, precum și a certificatelor de concediu medical eliberate de aceștia.

B. Obligațiile medicilor care eliberează certificate de concediu medical

ART. 4

Medicii care eliberează certificate de concediu medical au următoarele obligații:

- a) sa elibereze certificate de concediu medical cu respectarea prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- b) sa raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității privind eliberarea certificatelor de concediu medical;
- c) sa respecte confidențialitatea datelor și informațiilor privitoare la certificatele de concediu medical eliberate asiguraților;
- d) sa anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii convenției și sa îndeplinească în permanentă aceste condiții pe durata derulării convențiilor;
- e) sa pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării certificatelor de concediu medical;
- f) sa îndrume pacienții către unitatea sanitară la care trebuie sa se adreseze aceștia în vederea obținerii în continuare a asistenței medicale și a certificatelor de concediu medical.

V. Încetarea și rezilierea convenției

ART. 5.

Prezentă convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

- a) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică a medicului care eliberează certificate de concediu medical, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- c) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de comisia constituită potrivit prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- d) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătura cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea certificatului de concediu medical în termen de 10 zile lucrătoare;
- e) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate;
- f) la a doua constatare de către casele de asigurări de sănătate a nerespectării obligației prevăzute la art. 4 lit. b).

ART. 6

Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) furnizorul de servicii medicale se muta din teritoriul de funcționare;
- b) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare, desființare sau reprofilare, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a convenției 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 anterior datei de la care se dorește încetarea convenției;
- f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

ART. 7

Situațiile prevăzute la art. 5 și la art. 6 lit. b), c), f), g) se constată de către comisia constituită potrivit prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare.

Situațiile prevăzute la art. 6 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

ART. 8

Correspondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 3 zile din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenției

ART. 9

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Ori de câte ori intervin modificări ale elementelor care au stat la baza prezentei convenții, aceasta se va modifica prin act adițional.

VIII. Sancțiuni

ART. 10

Constituie contravenție eliberarea certificatelor de concediu medical cu nerespectarea prevederilor legale în vigoare și se sancționează potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi 28-07-2021 în două exemplare a câte 4 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

**CASA DE ASIGURĂRI DE
SĂNĂTATE**

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

**Președinte - Director general,
Ec. TITA NIȚUSOR**

**Reprezentant legal,
VICTOR VIRJOGHE**



**Vizat
Juridic, contencios
Jr. CRISTIAN-SILVIU EANA**



