CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
A JUD ALBA
INTRARE NR. CS 554
AN 2021 LUNA 07 ZI 29

# CONTRACT
## de furnizare de servicii medicale spitalicești

**I. Părțile contractante**

**Casa de Asigurări de Sănătate Alba**, cu sediul în Municipiul Alba Iulia, strada Vasile Goldiș, nr.5, județul Alba, reprezentată prin Director General ec. Silvia Puie

Și

**Spitalul Orasenesc Cimpeni,** având sediul în localitatea Campeni, Str. Horea, nr. 63, jud. Alba, telefon 0258771717, fax 0258771976, reprezentat prin manager Ec. Morcan Dragomir.

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 01.08.2021 până la data de 31 decembrie 2021 .

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

**V. Obligațiile părților**

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 , în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

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

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 196 alin. (1) din anexa 2 la HG nr. 696/2021, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin poșta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care asiguraților 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

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

j) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 ;

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

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

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

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

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

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

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

a) să informeze asigurații cu privire la:

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

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

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 asiguraţii, cu sau fără contribuţie 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 [illegible]

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/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

m) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare, medicină fizică și de reabilitare și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

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

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

p) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; să elibereze asiguratului 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

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 asiguraţii internaţi cu boli cronice confirmate, care sunt în tratament cu medicamente pentru boala/bolile cronice, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o transmite spitalul la contractare și/sau cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 ; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital;

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

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

af) să elibereze, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; nerespectarea acestei obligații conduce la reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației;

ag) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, sau că medicamentul este produs biologic, cu excepția situațiilor în care pacientului spitalizat i s-au prescris la externare medicamentele în baza consultațiilor interdisciplinare evidențiate în documentele medicale primare.

ah) să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul spitalelor private, pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continua, 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. 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: **5.486.843,44 lei**(conform Anexelor II, III.1, III.2, III.3, III.4 si III.5 la prezentul contract)

b) Suma pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății după caz - din alte spitale, este de **188.298,00 lei** care se stabilește astfel:

| Secția/ Compartimentul COD | Nr. cazuri externate | Durata de spitalizare* pac., după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019 | Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment | Suma |
|---|---|---|---|---|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5=C2xC3xC4 |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL | | | | |

(conform Anexelor II, III.1, III.2, III.3, III.4 si III.5 la prezentul contract)

*) 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.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă este de **0,00 lei** și 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;

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

compartimentele de acuţi - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătăţii de Ministerul Sănătăţii, după caz - din spitalele de boli cronice, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021: **0,00 lei**

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, este de **1.376.824,42 lei** care se stabileşte astfel:

| Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri | Tariful pe caz rezolvat/ serviciu medical*) | Suma corespunzătoare serviciilor medicale/ cazurilor rezolvate |
|---|---|---|
| 2 | 2 | 3 |
| | Q2 | Q3 = Q1 x Q2 |
| TOTAL | X | ..... |

(conform Anexelor II, III.1, III.2, III.3, III.4 şi III.5 la prezentul contract)

*) Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţă, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii, pentru cazurile neinternate, precum şi numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncţionale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitaliceşti pe anul 2021 este de **7.321.400.11 lei**.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti contractate stabilită pentru anul 2021 se defalchează lunar şi trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuţi, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronici, servicii paliative, după cum urmează:

| **Suma totală aferentă anului 2021:** | .....*) *) suma prevăzută la alin. (3) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Total** | **Acuţi** *) suma prevăzută la alin. (3) lit. a) sau lit. d) | **Cronici** *) suma prevăzută la alin. (3) lit. b) | **Îngrijiri Paliative** *) suma prevăzută la alin. (3) lit. c) | **Spitalizare de zi** *) suma prevăzută la alin. (3) lit. e) |
| 0 | 1=2+3+4+5 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Trimestrul I 2021** | | | | | |
| Ianuarie | | | | | |
| Februarie | | | | | |
| Martie | | | | | |
| **Trimestrul II 2021** | | | | | |
| Aprilie | | | | | |
| Mai | | | | | |
| Iunie | | | | | |
| **Trimestrul III 2021** | | | | | |
| Iulie | | | | | |
| August | | | | | |
| Septembrie | | | | | |
| **Trimestrul IV 2021** | | | | | |
| Octombrie | | | | | |
| Noiembrie | | | | | |
| Decembrie | | | | | |

**(conform Anexei II la prezentul contract)**

(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 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 7, 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 în ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract de la data de 1 iulie 2021, respectiv de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii, după caz, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(8) Contractarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Art. 8. - (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 lit. d), f) - i), k) - m), n), o) - s), t), (, 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 obligații

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), ac) 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 s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni 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. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia 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 acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

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

(8) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) şi (2).

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

Art. 9. - Plata serviciilor medicale spitaliceşti se face în contul nr. RO24TREZ00621F332100XXXX, deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr. - deschis la Banca -.

**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 obligaţiilor 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 legislaţiei în vigoare.

**IX. Clauze speciale**

Art. 13. - (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

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

Art. 15. - În cazul reorganizării unităţii sanitare cu paturi, prin desfiinţarea acesteia şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract

## X. Încetarea şi suspendarea contractului

Art. 16. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti 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 situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate sau revocarea de către autorităţile competente a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă 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 voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii 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 relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situaţie;

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

(3) Pentru situaţia prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secţia/secţiile care nu îndeplinesc condiţiile de contractare.

În situaţia în care toate secţiile spitalului nu îndeplinesc condiţiile de contractare, suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii, iar valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

Art. 17. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

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

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

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

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

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relaţiei 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 acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

Art. 18. - Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) şi 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) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

**XI. Corespondența**

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

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

**XII. Modificarea contractului**

Art. 20. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării 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, având-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 putință spiritului contractului.

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

**XIII. Soluționarea litigiilor**

Art. 23. - (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

**XIV. Alte clauze**

- In conformitate cu prevederile articolului 320 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorul de servicii medicale spitalicesti se obliga sa recupereze de la persoanele care prin faptele lor au adus daune sanatatii altei persoane, prejudiciul produs bugetului FNUASS.
- Furnizorul de servicii medicale care acorda asistenta medicala persoanelor vatamate din culpa altor persoane realizeaza o evidenta distincta a acestor cazuri si are obligatia sa comunice lunar Casei de Asigurări de Sănătate Alba aceasta evidenta, in vederea decontarii, precum si cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat de la persoanele vinovate cheltuielile efective, in vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective.
- Anexele II, III.1, III.2, III.3, III.4 si III.5 fac parte integrantă din prezentul contract

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 15 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă:

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Director general,
**Ec. Silvia Puie**

PUIE SILVIA

Director executiv al
Direcției economice,
**Ec. Adela Matei**

Adela-Victoria Matei

Director executiv al
Direcției Relații Contractuale
**Ec. Narcis Sebastian Muntean**

MUNTEAN NARCIS SEBASTIAN

Semnat digital de MUNTEAN NARCIS SEBASTIAN
Data: 2021.07.29 17:00:43 +03'00

C.A.S ALBA
-VIZAT-
COMPARTIMENT
JURIDIC, CONTENCIOS ADMINISTRATIV

Răzvan-Ovidiu Iosa

Verificat Șef Serviciu
Decontare Servicii Medicale,
Ec. Vali Marinescu

Vali Marinescu

Întocmit,
Ec. Almira Henegaru
Ec. Ionela Botiza

Almira Henegaru

Ionela Botiza

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ALBA
**Vizat pt. C.F.P. Propriu**
**anul _2021_ luna _07_ziua _29**
_____ 1

Ileana Senila

Semnat digital de Ileana Senila
Data: 2021.07.29 09:33:02 +03'00'

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

Manager,

Dragomir Morcan

Semnat digital de Dragomir Morcan
Data: 2021.07.23 10:12:05 +03'00'

Director medical,
.....

Director financiar-contabil,
.....

Director de îngrijiri,
.....

Director de cercetare-dezvoltare,

Conform cu originalul

Dragomir Morcan

Semnat digital de Dragomir Morcan
Data: 2022.07.22 10:58:03 +03'00'

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUD ALBA
INTRARE NR. _CS_418
AN _2022_ LUNA_07 ZI _22

# ACT ADIȚIONAL LA CONTRACTUL DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI NR. CS 554/29.07.2021

**Părțile contractante:**

**Casa de Asigurări de Sănătate Alba**, cu sediul în Municipiul Alba Iulia, strada Vasile Goldiș, nr.5, județul Alba, reprezentată prin Director General ec. Silvia Puie
Și

**SPITALUL ORASENESC CAMPENI,** cu sediul în municipiul/orasul CAMPENI, Str. HOREA, nr.63, județul Alba, telefon 0258/771717, 0258/771976 reprezentat prin Manager Ec. Morcan Dragomir,
Având în vedere:

- Adresa furnizorului de servicii medicale nr. 2776/22.07.2022 înregistrată la CAS Alba cu nr. 8366/25.07.2022, prin care se aduc la cunoștință modificările intervenite în structura de personal a unității sanitare;

Convin asupra următoarelor clauze, parte integrantă din contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești:

**Art. unic:**

Anexa nr. 1 ***„LISTA MEDICILOR CARE FURNIZEAZĂ SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI"*** la contractul nr. **CS 554/29.07.2021**, se va modifica astfel:

- începând cu data de 18.07.2022 se radiaza poziția 11 în cadrul Compartimentului Medicina-Interna prin eliminarea următorului medic:

*Nume:* ***PARASCHIV*** *Prenume:* ***BIANCA FLORIANA***
*Specialitatea:* **MEDICINA INTERNA**
*CNP:* **2900407384813**
*Parafa:* ***A04736***

Prezentul act adițional a fost încheiat astăzi 22.07.2022, în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă, restul prevederilor contractului nr. **CS 554/29.07.2021** rămânând nemodificate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
**EC. Silvia Puie**

Director executiv al
Direcției economice,
**Ec. Adela Matei**

Director executiv al
Direcției Relații Contractuale
**Ec. Narcis Sebastian Muntean**
Vizat
Juridic, Contencios
.....

Verificat Șef Serviciu
Decontare Servicii Medicale,
ec. Vali Marinescu

C.A.S. ALBA
-VIZAT-
COMPARTIMENT
CONTENCIOS ADMINISTRATIV

Întocmit,
Ec. Almira Henegaru

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Manager,
.....

Director medical,
.....

Director financiar-contabil,
.....

Director de îngrijiri,
.....

Director de cercetare-dezvoltare,

Dragomir Morcan

Semnat digital de Dragomir Morcan
Data: 2022.07.22 10:58:30 +03'00'

**ACT ADIȚIONAL nr. CS 419/ 22-07-2022**
**la**
**CONVENȚIA**
**privind eliberarea certificatelor de concediu medical**
**267 / 01-01-2010**

Dragomir Morcan
Semnat digital de Dragomir Morcan
Data: 2022.07.22 10:58:48 +03'00'

**I. Părțile convenției:**

Casa de Asigurari de Sanatate CAS Alba, cu sediul in municipiul/orașul Alba Iulia, str. Vasile Goldiș, nr. 5, județul/sectorul ALBA, telefon 0258 834514, fax 0258 834514, reprezentată prin director general EC. SILVIA PUIE
și
Furnizorul de servicii medicale organizat potrivit legii SPITALUL ORASENESC CAMPENI, reprezentat prin MORCAN DRAGOMIR, având sediul în municipiul/orașul/comuna Câmpeni, str. Horea nr. 63 , județul/sectorul ALBA, telefon 0258/771715.

**II. Obiectul actului adițional**

ART. 1
Nu s-au adăugat medici noi prin acest act adițional.

Eliberarea certificatelor de concediu medical nu se mai face de către următorii medici, eliminați prin acest act adițional:
1. Medicul PARASCHIV BIANCA FLORIANA, cod parafă A04736.

Restul prevederilor convenției privind eliberarea certificatelor de concediu medical 267 / 01-01-2010 rămân neschimbate.

Prezentul act aditional la conventia privind eliberarea certificatelor de concediu medical nr. 267 / 01-01-2010 a fost încheiat astăzi 22-07-2022 în două exemplare a câte 1 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

| CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE | FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE |
|---|---|
| **Președinte - Director general,** | **Reprezentant legal,** |
| **EC. SILVIA PUIE** | **MORCAN DRAGOMIR** |

**Vizat**
**Juridic, contencios**

Dragomir Morcan
Semnat digital de Dragomir Morcan
Data: 2022.07.22 10:59:13 +03'00'