# CONTRACT
## de furnizare de servicii medicale spitaliceşti
## 5/173 / 30-07-2021

SPITALUL ORASENESC Dr. VALER RUSSU LUDUS INTRARE/IESIRE NR. 9969 Anul 2021 luna 09 ziua 03

C.A.S. MURES 30-07-2021 NR. 26/205

### I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate CAS MURES, cu sediul în municipiul/oraşul Târgu Mureş, str. Aurel Filimon, nr. 19, judeţul/sectorul MURES, telefon 0265-250040, fax 0265-250031, reprezentată prin Director general ec. Butiulca Manuel Augustin,

şi

Unitatea sanitară cu paturi SPITALUL ORASENESC "DR.VALER RUSSU"LUDUS, cu sediul în Luduş, str. 1 Decembrie 1918 nr. 20, , telefon 0265 411889, fax 0265 411889, e-mail spludus@gmail.com, reprezentat prin Ec. Utiu Claudia,

Unitatea sanitară cu paturi este publică

### II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022 şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

### III. Servicii medicale spitaliceşti

ART. 2

(1) Serviciile medicale spitaliceşti se acordă asiguraţilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unităţile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unităţile de asistenţă medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate, după caz, de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.

Beneficiază de internare fără bilet de internare situaţiile prevăzute la art. 89 alin. (2) din anexa 2 la HG nr. 696/2021.

(2) Serviciile medicale spitaliceşti sunt preventive, curative, de recuperare şi paliative şi cuprind:

a) consultaţii;
b) investigaţii;
c) stabilirea diagnosticului;
d) tratamente medicale şi/sau chirurgicale;
e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale,
f) cazare şi masă, după caz, în funcţie 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 părţilor pe toată durata de aplicabilitate a HG nr. 696/2021.

**V. Obligaţiile părţilor**

ART. 5
Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie 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 însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021, în limita valorii de contract;
c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;
d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta 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 condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin poşta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor 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 şi informaţiile 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 preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională 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 Naţională 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 situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile pentru a beneficia de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

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

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii 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 situaţia 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 asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitaliceşti; în cazul serviciilor medicale spitaliceşti 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 desfăşurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate şi raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021;

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

n) să monitorizeze internările de urgenţă, în funcţie de tipul de internare, aşa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu modificările şi completările ulterioare, cu evidenţierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgenţe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă şi prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021;

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

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

r) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

ART. 6

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale spitaliceşti au următoarele obligaţii:

a) să informeze asiguraţii cu privire la:

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

2. pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

3. contribuţia personală pe care o pot încasa spitalele private pentru serviciile medicale spitaliceşti în

regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG; informaţiile privind tarifele practicate de furnizorii privaţi, suma rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG şi diferenţa dintre acestea sunt afişate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet şi la sediul într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 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 şi 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 activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/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 şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţă înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi ($1^1$) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi 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 şi pachetul de servicii de bază fără nicio discriminare;

e) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate 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 internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; În situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii 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 şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii 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 şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată;

k) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 unităţile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare, medicină fizică şi de reabilitare şi prescripţia medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

n) să funcţioneze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului şi să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară 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 ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigaţiile, tratamentele efectuate şi cu privire la alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire 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 şi dispozitive asistive, îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care s-a încasat contribuţie personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum şi toate celelalte servicii medicale şi/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ şi externarea acestuia, însoţit 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 spitaliceşti se face electronic prin serviciul pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

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

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

ş) să raporteze corect şi complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare şi să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului şi al Ministerului Sănătăţii; spitalul care nu are pagină web proprie informează despre acest lucru casa de asigurări

de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum;

t) să monitorizeze gradul de satisfacţie al asiguraţilor prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce priveşte calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraţilor conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa nr. 48 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021;

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

u) să afişeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătăţii, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al ministrului finanţelor publice, situaţia privind execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului public şi situaţia arieratelor înregistrate;

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

w) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienţilor din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depăşită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienţi pe baza unui contract încheiat cu unităţi specializate; pent spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achiziţiile publice;

x) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi care reprezintă urgenţe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgenţă prespitalicească;

y) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

z) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile 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 ţară - bilet de internare/bilet de trimitere pentru specialităţi clinice, către unităţile sanitare de recuperare, medicină fizică şi de reabilitare cu paturi sau ambulatorii, - conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentr 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. prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

3. formularului de consimţământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuţia 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 diferenţa dintre tariful practicat de furnizorul privat şi suma rezultată din înmulţirea 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 şi tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru

serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG, precum şi 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 asiguraţi pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă şi 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 şi/sau cu medicamente şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021; documentul stă la baza eliberării prescripţiei medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie şi 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 şi pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile 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 şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ae)să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile pentru care se percepe contribuţie personală şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

af) să elibereze, dacă situaţia o impune, la externarea asiguratului, prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; nerespectarea acestei obligaţii conduce la reţinerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligaţiei;

ag) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, sau că medicamentul este produs biologic, cu excepţia situaţiilor în care pacientului spitalizat i s-au prescris la externare medicamentele în baza consultaţiilor interdisciplinare evidenţiate în documentele medicale primare;

**VI. Modalităţi de plată**

ART. 7

(1) Valoarea totală contractată **pentru perioada august- decembrie 2021** se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecţiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021:

| Secţia | 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 |
| Neonatologie (nou nascuti) | 90 | 1,0826 | 1.475,00 | 143.715,15 |
| Chirurgie generala | 228 | 1,0826 | 1.475,00 | 364.078,38 |
| Boli infectioase | 181 | 1,0826 | 1.475,00 | 289.027,15 |
| Pediatrie | 291 | 1,0826 | 1.475,00 | 464.679,00 |
| Obstetrica-Ginecologie | 188 | 1,0826 | 1.475,00 | 300.204,99 |
| Medicina interna | 218 | 1,0826 | 1.475,00 | 348.110,04 |
| | | | **TOTAL** | **1.909.814,71** |

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăseşte in Anexa 1.

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

| Secţia / Compartimentul COD | Nr. cazuri externate | Durată de spitalizare *) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019 | Tarif pe zi de spitalizare / secţie / compartiment | Suma |
|---|---|---|---|---|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 = C2 x C3 x C4 |
| Psihiatrie cronici (lunga durata) | 11 | 253.93 | 126,50 | 353.343,61 |
| Cronici - Medicina interna | 61 | 10.54 | 198,29 | 127.488,58 |
| | | | **TOTAL** | **480.832,19** |

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

Tariful pe zi de spitalizare pe secţie/compartiment se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secţiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

Pentru secţiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III, psihiatrie cronici şi pneumoftiziologie adulţi şi copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019.

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăseşte in Anexa 2.

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

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2021 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pentru secţiile/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 sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021 şi este de **150.796,80 lei.**

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăseşte in Anexa 3.

d) Suma pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi 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. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021:

| Secţia/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 stabileşte astfel:

| Secţia | 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 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 97,77 | 195,54 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 98,84 | 197,68 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 125,86 | 251,72 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 127,48 | 509,92 |
| Spitalizare de zi | | 12 | 134,41 | 1.612,92 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 138,35 | 276,70 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 162,44 | 324,88 |
| Spitalizare de zi | | 10 | 163,56 | 1.635,60 |
| Spitalizare de zi | | 10 | 163,63 | 1.636,30 |
| Spitalizare de zi | | 12 | 165,12 | 1.981,44 |
| Spitalizare de zi | | 10 | 167,15 | 1.671,50 |
| Spitalizare de zi | | 18 | 168,46 | 3.032,28 |
| Spitalizare de zi | | 12 | 171,71 | 2.060,52 |
| Spitalizare de zi | | 18 | 177,30 | 3.191,40 |
| Spitalizare de zi | | 12 | 180,12 | 2.161,44 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Spitalizare de zi | | 4 | 193,54 | 774,16 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 198,65 | 397,30 |
| Spitalizare de zi | | 6 | 204,48 | 1.226,88 |
| Spitalizare de zi | | 8 | 213,11 | 1.704,88 |
| Spitalizare de zi | | 10 | 216,25 | 2.162,50 |
| Spitalizare de zi | | 12 | 219,55 | 2.634,60 |
| Spitalizare de zi | | 6 | 221,39 | 1.328,34 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 229,22 | 916,88 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 230,01 | 920,04 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 233,25 | 466,50 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 241,02 | 482,04 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 241,74 | 483,48 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 245,74 | 491,48 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 246,68 | 493,36 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 250,00 | 500,00 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 255,40 | 1.021,60 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 259,72 | 519,44 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 271,45 | 1.085,80 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 273,62 | 1.094,48 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 283,18 | 566,36 |
| Spitalizare de zi | | 6 | 290,90 | 1.745,40 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 297,32 | 594,64 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 297,53 | 1.190,12 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 302,74 | 605,48 |
| Spitalizare de zi | | 8 | 303,12 | 2.424,96 |
| Spitalizare de zi | | 12 | 304,46 | 3.653,52 |
| Spitalizare | | 2 | 307,15 | 614,30 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| de zi | | | | |
| Spitalizare de zi | | 2 | 311,36 | 622,72 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 311,60 | 1.246,40 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 313,33 | 626,66 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 313,43 | 626,86 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 316,99 | 633,98 |
| Spitalizare de zi | | 8 | 322,40 | 2.579,20 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 323,27 | 646,54 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 328,89 | 657,78 |
| Spitalizare de zi | | 26 | 331,17 | 8.610,42 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 332,24 | 1.328,96 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 339,14 | 1.356,56 |
| Spitalizare de zi | | 6 | 340,34 | 2.042,04 |
| Spitalizare de zi | | 8 | 341,86 | 2.734,88 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 347,28 | 1.389,12 |
| Spitalizare de zi | | 10 | 355,11 | 3.551,10 |
| Spitalizare de zi | | 10 | 360,39 | 3.603,90 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 362,46 | 1.449,84 |
| Spitalizare de zi | | 20 | 370,60 | 7.412,00 |
| Spitalizare de zi | | 18 | 372,77 | 6.709,86 |
| Spitalizare de zi | | 8 | 375,74 | 3.005,92 |
| Spitalizare de zi | | 18 | 375,98 | 6.767,64 |
| Spitalizare de zi | | 8 | 378,19 | 3.025,52 |
| Spitalizare de zi | | 16 | 378,90 | 6.062,40 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 379,67 | 759,34 |
| Spitalizare de zi | | 8 | 380,09 | 3.040,72 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 381,12 | 762,24 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Spitalizare de zi | | 2 | 381,48 | 762,96 |
| Spitalizare de zi | | 8 | 381,74 | 3.053,92 |
| Spitalizare de zi | | 16 | 383,92 | 6.142,72 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 389,85 | 779,70 |
| Spitalizare de zi | | 12 | 390,76 | 4.689,12 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 397,10 | 1.588,40 |
| Spitalizare de zi | | 18 | 398,65 | 7.175,70 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 400,68 | 801,36 |
| Spitalizare de zi | | 8 | 402,62 | 3.220,96 |
| Spitalizare de zi | | 6 | 405,55 | 2.433,30 |
| Spitalizare de zi | | 28 | 417,73 | 11.696,44 |
| Spitalizare de zi | | 24 | 427,32 | 10.255,68 |
| Spitalizare de zi | | 8 | 444,84 | 3.558,72 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 454,09 | 908,18 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 464,82 | 929,64 |
| Spitalizare de zi | | 6 | 474,96 | 2.849,76 |
| Spitalizare de zi | | 8 | 512,98 | 4.103,84 |
| Spitalizare de zi | | 6 | 519,43 | 3.116,58 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 532,02 | 1.064,04 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 538,48 | 1.076,96 |
| Spitalizare de zi | | 4 | 555,80 | 2.223,20 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 609,55 | 1.219,10 |
| Spitalizare de zi | | 2 | 631,35 | 1.262,70 |
| Spitalizare de zi | | 6 | 649,77 | 3.898,62 |
| x | | 8 | 120,50 | 964,00 |
| x | | 260 | 57,00 | 14.820,00 |
| x | | 527 | 171,00 | 90.117,00 |
| x | | 8 | 340,00 | 2.720,00 |
| x | | 4 | 960,00 | 3.840,00 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| x | | 8 | 327,00 | 2.616,00 |
| x | | 8 | 394,00 | 3.152,00 |
| x | | 4 | 1.200,00 | 4.800,00 |
| x | | 18 | 413,75 | 7.447,50 |
| x | | 52 | 111,00 | 5.772,00 |
| x | | 20 | 272,40 | 5.448,00 |
| | | | **TOTAL** | **342.599,08** |

*) 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. 1068/627/29.06.2021 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 regăseşte in Anexa 4.

(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 **10.699.649,87** lei

(4) a.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 aferentă semestrului I 2021 6.707.882,73 lei, sumă contractată prin acte adiţionale la contractul 5/173/2018

| **Suma totală aferentă anului 2021:** | **3.991.767,14 *)**<br>**) suma prevăzută la alin. (3)* | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Total** | **Acuţi**<br>**) suma prevăzută la alin. (1) lit. a) sau lit. d)* | **Cronici**<br>**) suma prevăzută la alin. (1) lit. b)* | **Îngrijiri Paliative**<br>**) suma prevăzută la alin. (1) lit. c)* | **Spitalizare de zi**<br>**) suma prevăzută la alin. (1) lit. e)* |
| *0* | *1=2+3+4+5* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| **Trimestrul III 2021** | 3.322.014,66 | 1.936.960,89 | 652.850,53 | 182.605,50 | 549.597,74 |
| Iulie sumă contractata prin act adiţional la contract 5/173/2015 | 1.107.724,36 | 662.686,53 | 206.230,47 | 31.808,70 | 206.998,66 |
| August | 1.107.141,40 | 637.137,18 | 223.310,03 | 75.398,40 | 171.295,79 |
| Septembrie | 1.107.148,90 | 637.137,18 | 223.310,03 | 75.398,40 | 171.303,29 |
| **Trimestrul IV 2021** | 669.752,48 | 635.540,35 | 34.212,13 | 0,00 | 0,00 |
| Octombrie | 666.558,80 | 632.346,67 | 34.212,13 | 0,00 | 0,00 |
| Noiembrie | 1.596,84 | 1.596,84 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Decembrie | 1.596,84 | 1.596,84 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

b.Valoarea prezentului contract pentru **perioada august – decembrie 2021** este în sumă de **2.884.042,78** lei

(5) Decontarea serviciilor medicale spitaliceşti contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată iniţial 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 sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021 şi în condiţiile prevăzute la acelaşi 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 asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de ultima zi, cu

încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de ultima zi.

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

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

(7) Trimestrial, până la data de ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi 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 însoţite 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 şi decontarea serviciilor medicale spitaliceşti se face în limita fondurilor aprobate c această destinaţie.

ART. 8

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 lit. d), f) - i), k) - m), n), o) - s), t, ţ, aa), ab), ac) şi ah), atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/ serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor;

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

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

(2) Nerespectarea de către unităţile sanitare cu paturi a obligaţiei prevăzute la art. 6 lit. ş) atrage aplicarea unor sancţiuni, după cum urmează:

a) reţinerea 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) reţinerea 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 faţă 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 reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respectiv(e), la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă faţă de documentele de intrare şi ieşire pentru medicamentele eliberate şi raportate se înţelege: raportarea unui medicament cu un alt deţinător de autorizaţie

de punere pe piaţă, raportarea unui medicament din donaţii, sponsorizări sau alte surse de finanţare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătăţii precum şi situaţiile în care furnizorul nu deţine documente justificative pentru raportarea efectuată. În situaţia în care se constată neconcordanţe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată şi 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 obligaţiei prevăzute la art. 6 lit. y), ae) şi ag) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/ serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor;

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

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

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

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

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 6 lit. z) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie 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 şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute în contract.

(5) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a) pct. 1, pct. 2 şi pct. 3, lit. e), u), v), w) şi x), atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care sau înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia 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. RO73TREZ48021F332100XXXX deschis la TREZORERIE OPERATIVA LUDUS.

**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 calendaristi 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 aflat în derulare se preia de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri.

## 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, printro 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 din 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.

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

**XI. Corespondenţa**

ART. 19

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondenţă electronică sau la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul unităţii sanitare cu paturi declarat în contract.

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

**XII. Modificarea contractului**

ART. 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei pă contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin 15 zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 21

(1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinaţia de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale, precum şi prevederile art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 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. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauz. care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

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

**XIII. Soluţionarea litigiilor**

ART. 23

1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

**XIV. Alte clauze**

ART. 24

Decontarea serviciilor medicale efectuate se va face de catre CAS Mures, în condiţiile pct.4 din Ordinul MF. nr. 1792/2002, în limita creditelor bugetare deschise şi a disponibilului.

ART. 25
Furnizorul se oblligă să respecte Regulamentul (UE) nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (regulamentul general privind protecția datelor

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitaliceşti în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 30-07-2021, în două exemplare a câte 26 pagini fiecare incluzând si Anexele nr. 1-4, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**Director General,**
**ec. Butiulca Manuel Augustin**

**Director executiv al Direcției economice,**
**ec. Porutiu Sanda Maria**

**Director executiv al Direcției relații contractuale,**
**ec. Biro Rodica**

**Vizat**
**Comp. Juridic, Contencios Administrativ**
ANGELA ONOC
consilier juridic

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE MUREȘ
ROMÂNIA

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

**Manager,**
**Ec. Utiu Claudia**

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII SPITALUL ORĂȘENESC TÂRNĂVENI JUD. MUREȘ

**Director financiar-contabil,**
**Ec. Lechintan Ramona**

C.A.S. MUREŞ 9
„Certificat în privința realității și regularității și legalității"
30 JUL. 2021
PANTEA DANA TEODORA

# ANEXA 1 la CONTRACTUL
# de furnizare de servicii medicale spitaliceşti
# 5/173 / 30-07-2021

Detalierea pe luni a serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecţiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021:

*Anexa AUGUST 2021*

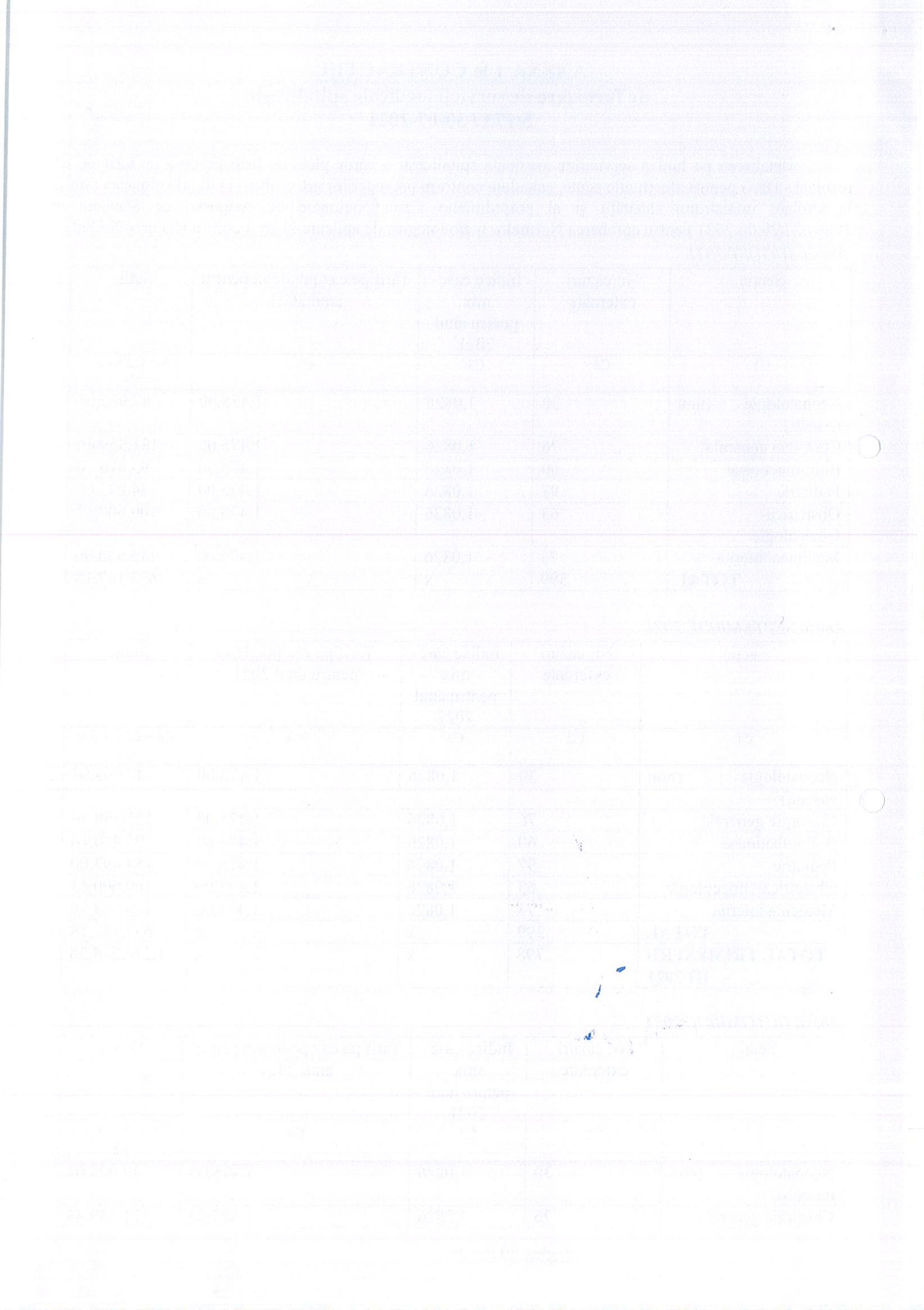
| Secţia | Nr. cazuri externate | Indice case-mix pentru anul 2021 | Tarif pe caz ponderat pentru anul 2021 | Suma |
|---|---|---|---|---|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 = C2 x C3 x C4 |
| Neonatologie (nou nascuti) | 30 | 1,0826 | 1.475,00 | 47.905,05 |
| Chirurgie generala | 76 | 1,0826 | 1.475,00 | 121.359,46 |
| Boli infectioase | 60 | 1,0826 | 1.475,00 | 95.810,10 |
| Pediatrie | 97 | 1,0826 | 1.475,00 | 154.893,00 |
| Obstetrica-Ginecologie | 63 | 1,0826 | 1.475,00 | 100.600,61 |
| Medicina interna | 73 | 1,0826 | 1.475,00 | 116.568,96 |
| **TOTAL** | 399 | x | x | 637.137,18 |

*Anexa SEPTEMBRIE 2021*

| Secţia | 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 |
| Neonatologie (nou nascuti) | 30 | 1,0826 | 1.475,00 | 47.905,05 |
| Chirurgie generala | 76 | 1,0826 | 1.475,00 | 121.359,46 |
| Boli infectioase | 60 | 1,0826 | 1.475,00 | 95.810,10 |
| Pediatrie | 97 | 1,0826 | 1.475,00 | 154.893,00 |
| Obstetrica-Ginecologie | 63 | 1,0826 | 1.475,00 | 100.600,61 |
| Medicina interna | 73 | 1,0826 | 1.475,00 | 116.568,96 |
| **TOTAL** | 399 | x | x | 637.137,18 |
| **TOTAL TRIMESTRU III 2021** | 798 | x | x | 1.274.274,36 |

*Anexa OCTOMBRIE 2021*

| Secţia | 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 |
| Neonatologie (nou nascuti) | 30 | 1,0826 | 1.475,00 | 47.905,05 |
| Chirurgie generala | 76 | 1,0826 | 1.475,00 | 121.359,46 |



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Boli infectioase | 59 | 1,0826 | 1.475,00 | 94.213,27 |
| Pediatrie | 97 | 1,0826 | 1.475,00 | 154.893,00 |
| Obstetrica-Ginecologie | 62 | 1,0826 | 1.475,00 | 99.003,77 |
| Medicina interna | 72 | 1,0826 | 1.475,00 | 114.972,12 |
| **TOTAL** | 396 | x | x | 632.346,67 |

*Anexa NOIEMBRIE 2021*

| Secţia | 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 |
| Boli infectioase | 1 | 1,0826 | 1.475,00 | 1.596,84 |
| **TOTAL** | 1 | x | x | 1.596,84 |

*Anexa DECEMBRIE 2021*

| Secţia | 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 |
| Boli infectioase | 1 | 1,0826 | 1.475,00 | 1.596,84 |
| **TOTAL** | 1 | x | x | 1.596,84 |
| **TOTAL TRIMESTRU IV 2021** | 398 | x | x | 635.540,35 |
| **Valoare contract** | 1196 | x | x | 1.909.814,71 |

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**Director General,**
**ec. Butiulca Manuel Augustin**

**Director executiv al Direcţiei economice,**
**ec. Porutiu Sanda Maria**

**Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,**
**ec. Biro Rodica**

CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE MUREŞ
ROMÂNIA

C.A.S. MUREŞ 9
„Certificat în privinţa realităţii şi regularităţii ...
30 JUL. 2021
PANTEA DANA ...

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

**Manager,**
**Ec. Utiu Claudia**

**Director financiar-contabil,**
**Ec. Lechintan Ramona**

# ANEXA 4
# la
# CONTRACTUL
## de furnizare de servicii medicale spitaliceşti
## 5/173 / 30-07-2021

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

*Luna AUGUST 2021*

| Secţie | 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 |
| Spitalizare de zi | 318 | ,00 | 101.948,04 |
| x | 4 | 340,00 | 1.360,00 |
| x | 4 | 394,00 | 1.576,00 |
| x | 10 | 272,40 | 2.724,00 |
| x | 27 | 111,00 | 2.997,00 |
| x | 25 | 171,00 | 4.275,00 |
| x | 132 | 57,00 | 7.524,00 |
| x | 2 | 1.200,00 | 2.400,00 |
| x | 4 | 327,00 | 1.308,00 |
| x | 227 | 171,00 | 38.817,00 |
| x | 9 | 413,75 | 3.723,75 |
| x | 6 | 120,50 | 723,00 |
| x | 2 | 960,00 | 1.920,00 |
| **Total număr cazuri:** | | | 318 |
| **Total număr servicii:** | | | 452 |
| **Total valoare cazuri:** | | | 101.948,04 |
| **Total valoare servicii:** | | | 69.347,75 |
| **Total valoare zi:** | | | 171.295,79 |

*Luna SEPTEMBRIE 2021*

| Secţie | 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 |
| Spitalizare de zi | 310 | ,00 | 98.954,54 |
| x | 4 | 340,00 | 1.360,00 |
| x | 4 | 394,00 | 1.576,00 |
| x | 10 | 272,40 | 2.724,00 |
| x | 25 | 111,00 | 2.775,00 |
| x | 25 | 171,00 | 4.275,00 |
| x | 128 | 57,00 | 7.296,00 |
| x | 2 | 1.200,00 | 2.400,00 |
| x | 4 | 327,00 | 1.308,00 |
| x | 250 | 171,00 | 42.750,00 |
| x | 9 | 413,75 | 3.723,75 |
| x | 2 | 120,50 | 241,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| x | 2 | 960,00 | 1.920,00 |

| | |
|---|---|
| **Total număr cazuri:** | 310 |
| **Total număr servicii:** | 465 |
| **Total valoare cazuri:** | 98.954,54 |
| **Total valoare servicii:** | 72.348,75 |
| **Total valoare zi:** | 171.303,29 |
| **TOTAL NUMAR CAZURI TRIMESTRU III 2021:** | 310 |
| **TOTAL NUMAR SERVICII TRIMESTRU III 2021 :** | 465 |
| **TOTAL VALOARE CAZURI TRIMESTRU III 2021:** | 200.902,58 |
| **TOTAL VALOARE SERVICII TRIMESTRU III 2021 :** | 141.696,50 |
| **TOTAL VALOARE ZI TRIMESTRU III 2021 :** | 342.599,08 |
| **Total numar cazuri an:** | 310 |
| **Total numar servicii an:** | 465 |
| **Total valoare cazuri an:** | 200.902,58 |
| **Total valoare servicii an:** | 141.696,50 |
| **Total valoare an:** | 342.599,08 |

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**Director General,**
**ec. Butiulca Manuel Augustin**

**Director executiv al Direcţiei economice,**
**ec. Porutiu Sanda Maria**

**Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,**
**ec. Biro Rodica**

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

**Manager,**
**Ec. Utiu Claudia**

**Director financiar-contabil,**
**Ec. Lechintan Ramona**

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE MUREȘ
ROMÂNIA

C.A.S. MUREŞ 9
„Certificat în privinţa realităţii şi regularităţii operaţiunii"
30 JUL. 2021
PANTEA DANA TEODORA