

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale spitalicești

5/173 / 30-07-2021



I. Părțile contractante

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

și

Unitatea sanitară cu paturi SPITALUL ORĂȘENESC "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 asistență 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. 1068/627/29.06.2021 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 asigurașilor 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, cabine 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, cabine 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:

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

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

j) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizăți 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. 1068/627/29.06.2021;

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

l) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externe și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile interne în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocolelor 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. 1068/627/29.06.2021;

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

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 împlineste 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 informatici 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 ambulatoriu 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 acuji 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, însotit 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

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 asigurați internați cu boli cronice confirmate, care sunt în tratament cu medicamente pentru boala/bolile cronice, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o transmite spitalul la contractare și/sau cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, documentul al căruia model este prevăzut în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021; 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 prezентate 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 protocolelor terapeutice aprobată 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 pacientul spitalizat își au prescris la externare medicamentele în baza consultațiilor interdisciplinare evidențiate în documentele medicale primare;

VI. Modalități 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 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. 1068/627/29.06.2021 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 Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de boli cronice, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021:

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

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

Secția	Cazuri spitalizare de zi	Numărul de servicii medicale / cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciu medical*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale / cazurilor contractate
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
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

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

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 sănătății și al președintelui Casei Naționale 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 regăsește în Anexa 4.

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

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2021 este de **10.699.649,87** lei

(4) a. Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2021 se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuți, 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 adiționale la contractul 5/173/2018

Suma totală afferentă anului 2021:	3.991.767,14 *				
	*) suma prevăzută la alin. (3)				
	Total	Acuți *) suma prevăzută la alin. (1) lit. a) sau lit. d)	Cronici *) suma prevăzută la alin. (1) lit. b)	Îngrijiri Paliative *) suma prevăzută la alin. (1) lit. c)	Spitalizare de zi *) suma prevăzută la alin. (1) lit. e)
0	I=2+3+4+5	2	3	4	5
Trimestru III 2021	3.322.014,66	1.936.960,89	652.850,53	182.605,50	549.597,74
Iulie sumă contractată prin act adițional 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
Trimestru 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 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. 1068/627/29.06.2021 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. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021 și în condițiile prevăzute la același articol.

(6) Lunar, până la data de 15 a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de ultima zi, cu

de punere pe piață, raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată. În situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată și cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% suma contractată pentru fiecare tip de servicii medcale 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), constatătă 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 oricareia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a) pct. 1, pct. 2 și pct. 3, lit. e), u), v), w) și x), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care sau înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin

X. Încetarea și suspendarea contractului

ART. 16

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

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

b) încetarea termenului de valabilitate sau revocarea de către autoritățile competente a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/inscrierii în procesul de acreditare cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/inscrierii în procesul de acreditare;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situație.

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

(3) Pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secția/secțiile care nu îndeplinesc condițiile de contractare.

În situația în care toate secțiile spitalului nu îndeplinesc condițiile de contractare, suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității, iar valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

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

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

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

b) acordul de voință al părinților;

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

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/inregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alții furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18

ART. 25

Furnizorul se obligă 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 spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 30-07-2021, în două exemplare a câte 26 pagini fiecare incluzând și 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. Porutin Sanda Maria

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
ec. Bîrlo Rodica

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

**FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE**

Manager,
Ec. Utiu Claudia

Director finanțier-contabil,
Ec. Lechintan Ramona



C.A.S. MUREŞ 9
„Certificat în privința reziliabilității și
regularității și legevității”

30 JUL. 2021

PANTEA DANAI TEODORA

**ANEXA 1 la CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
5/173 / 30-07-2021**

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

Anexa AUGUST 2021

Secția	Nr. cazuri externe	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 nascut)	30	1,0826	1.475,00	47.905,05
Chirurgie generală	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
Obstetrică-Ginecologie	63	1,0826	1.475,00	100.600,61
Medicina internă	73	1,0826	1.475,00	116.568,96
TOTAL	399	x	x	637.137,18

Anexa SEPTEMBRIE 2021

Secția	Nr. cazuri externe	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 nascut)	30	1,0826	1.475,00	47.905,05
Chirurgie generală	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
Obstetrică-Ginecologie	63	1,0826	1.475,00	100.600,61
Medicina internă	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

Secția	Nr. cazuri externe	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 nascut)	30	1,0826	1.475,00	47.905,05
Chirurgie generală	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

Secția	Nr. cazuri externe	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

Secția	Nr. cazuri externe	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

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Director General,
Ec. Butiuca Manuel Augustin

Director executiv al Direcției economice,
Ec. Porutiu Sanda Maria

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
Ec. Biro Rodica

Manager,
Ec. Utiu Claudia

Director finanțier-contabil,
Ec. Lechintan Ramona

C.A.S. MUREŞ 9
„Certificat în privința regularității și
regulilor de lucru și afaceri”

30 JUL. 2021

PANTEA DANAIUS

ANEXA 2
la
CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
5/173 / 30-07-2021

Detalierea pe luni a serviciilor medicale spitalicești acordate în spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății după caz - din alte spitale:

:

Anexa AUGUST 2021

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externe	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihiatrie cronici (lunga durată)	5	253,93	126,50	160.610,73
Cronici - Medicina internă	30	10,54	198,29	62.699,30
TOTAL	35	x	x	223.310,03

:

Anexa SEPTEMBRIE 2021

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externe	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihiatrie cronici (lunga durată)	5	253,93	126,50	160.610,73
Cronici - Medicina internă	30	10,54	198,29	62.699,30
TOTAL	35	x	x	223.310,03
TOTAL TRIMESTRU III 2021	70	x	x	446.620,06

:

Secția / Compartimentul COD	Nr. cazuri externe	Durată de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Psihiatrie cronici (lunga durată)	1	253,93	126,50	32.122,15
Cronici - Medicina interna	1	10,54	198,29	2.089,98
TOTAL	2	x	x	34.212,13
TOTAL TRIMESTRU IV 2021	2	x	x	34.212,13
Valoare contract	72	x	x	480.832,19

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director General,
ec. Butiulea Manuel Augustin

Director executiv al Directiei economice,
ec. Porutiu Sanda Maria

Director executiv al Directiei relații
contractuale,
ec. Biro Rodica

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,
Ec. Utiu Claudia

Director finanțier-contabil,
Ec. Lechintan Ramona



C.A.S. MUREŞ 9
„Certificat în privința regularității și
regularității în raportarea”

30 JUL. 2021

DANTEA DANA TEODORESCU

ANEXA 3 la CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale spitalicești
5/173 / 30-07-2021

Detalierea pe luni a serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă:
AUGUST 2021:

Secția	Număr paturi	Indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C4 x C3
Ingrijiri paleative	12	320	235,62	75.398,40
TOTAL	x	x	75.398,40
TOTAL TRIMESTRU III	12	x	x	75.398,40

SEPTEMBRIE 2021:

Secția	Număr paturi	Indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C4 x C3
Ingrijiri paleative	12	320	235,62	75.398,40
TOTAL	12	x	x	75.398,40
TOTAL TRIMESTRU III	12	x	x	75.398,40
TOTAL AN 2021	12	x	x	150.796,80

**CASA DE ASIGURĂRI DE
SĂNĂTATE**

Director General,
ec. Butiulca Manuel Augustin

Director executiv al Directiei economice,
ec. Porutiu Sanda Maria

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
ec. Biro Rădica

**FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE**

Manager,
Ec. Utiu Claudia



Director finanțier-contabil,
Ec. Lechintan Ramona

C.A.S. MUREŞ 9
„Certificat în privința mărfărilor și
regularității achizițiilor”

30 JUL. 2021

Pagina 24 din 26

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

Detalierea pe luni a serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi:
Luna AUGUST 2021

Secție	Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciu medical*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale / cazurilor contractate C3 = C2 x C1
	C1	C2	
Spitalizare de zi	318	,00	101.948,04
x OBS 66 - 10h8 ..	4	340,00	1.360,00
x MI 12 - 4530	4	394,00	1.576,00
x Bi - 57 = 3340,75	10	272,40	2.724,00
x Ped. 80 = 4560	27	111,00	2.997,00
x Chir 10 - 50h3	25	171,00	4.275,00
x CPV = 227 - 38.817,00	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

Secție	Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciu medical*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale / cazurilor contractate C3 = C2 x C1
	C1	C2	
Spitalizare de zi	310	,00	98.954,54
x OG - G2	4	340,00	1.360,00
x MI 12	4	394,00	1.576,00
x Bi 55	10	272,40	2.724,00
x Ped 80	25	111,00	2.775,00
x Chir 6 80 Ped	25	171,00	4.275,00
x CPV - 250. 48 OG >	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	CH.	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. Butiulea Manuel Augustin

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

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
ec. Biro Rodica

**FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE**

Manager,
Ec. Utiu Claudia

Director finanță-contabil,
Ec. Lechintan Ramona



C.A.S. MUREŞ 9
„Certificat în privința măștilor și
regularității de tranzacționă”

30 JUL. 2021

PANTEA DANA TEODORA