C.N.A.S.
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CONSTANŢA
Bd. Mamaia Nr. 57, Constanţa – 900590
Tel. 0372.82.59.17, 0372.82.59.26, 0372.82.59.27 / Fax: 0372.82.59.11
Web: www.casan.ro/casct/ E-mail: spit@casct.ro

CASA JUDEŢEANĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
IEŞIRE Nr. 23469
Zi 30 Lună 07 An 2021

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicești
S07

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate Constanţa, cu sediul în municipiul Constanţa, bd. Mamaia, nr. 57, judeţul Constanţa, telefon 0372.825.917 / 0372.825.926 / 0372.825.927, fax: 0372.825.911, reprezentată prin Director General, Luminița Nagy

şi

Unitatea sanitară cu paturi **Spitalul Orăşenesc Hârşova**, cu sediul în Hârşova, str.Vadului, nr. 76, telefon: fix 0241870208, fax. 0241870208, e-mail spital_harsova@yahoo.ro, reprezentată prin Andrei Bogdan Zidaru.

Unitatea sanitară cu paturi este publică *)

*) Se va completa cu "publică"/"publică cu asociat unic unitate administrativ-teritorială"/„privată".

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform H.G. 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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. 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 H.G. 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 încheierii lui până la data de 31 decembrie 2021 .

Art. 4. - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. 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. 1068/627/2021, 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;

preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale 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 (1¹) 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. 1068/627/2021, 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 H.G. nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; În situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în H.G. 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) 1068/627/2021, 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. 1068/627/2021;

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; pentru 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 pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

2. 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. 1068/627/2021; 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.

ah) să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul spitalelor private, pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continua, în secţiile de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG, conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

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

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

VI. Modalităţi de plată

Art. 7. - (1) Valoarea totală contractată 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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021: 3.595.507,07 lei

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: ianuarie-iunie

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=C2xC3xC4
TOTAL				0

iulie-decembrie

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=C2xC3xC4
TOTAL				0

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

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă este de 0 lei şi 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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. 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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021: 0 lei

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
Chirurgie generala	Alta durere abdominala si nespecificata	2	134,41	268,82
Chirurgie generala	Alte boli specificate ale vezicii biliare	2	263,17	526,34
Chirurgie generala	Alte colecistite	2	290,90	581,80
Chirurgie generala	Alte gastrite acute	2	311,60	623,20
Chirurgie generala	Alte ingrijiri medicale specificate	2	331,17	662,34
Chirurgie generala	Amplasarea si ajustarea unei proteze urinare	2	127,48	254,96
Chirurgie generala	Aplicarea dispozitivului de fixare externa neclasificata altundeva	2	965,45	1.930,90
Chirurgie generala	Ateroscleroza arterelor extremitatilor cu claudicatie intermitenta	2	273,62	547,24
Chirurgie generala	Biopsia tegumentuluisi tesutului subcutanat	2	609,55	1.219,10
Chirurgie	Biopsie ganglioni leterocervicali si supraclaviculari	2	416,26	832,52

generala				
Chirurgie generala	Boala pancreasului nespecificata	2	250,00	500,00
Chirurgie generala	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagita	2	307,15	614,30
Chirurgie generala	Boala refluxului gastro-esofagian fara esofagita	2	230,01	460,02
Chirurgie generala	Chirurgia varicelor	12	808,68	9.704,16
Chirurgie generala	Cistita acuta	2	221,39	442,78
Chirurgie generala	Cistostomia percutanata cu insertia percutanata a cateterului suprapubic	2	259,72	519,44
Chirurgie generala	Colecistectomia laparoscopica	4	1.050,94	4.203,76
Chirurgie generala	Colecistita cronica	2	339,14	678,28
Chirurgie generala	Coxartroza, nespecificata	2	196,79	393,58
Chirurgie generala	Cura chirurgicala a herniei inghinale	2	589,67	1.179,34
Chirurgie generala	Debridarea excizionala a partilor moi	2	649,77	1.299,54
Chirurgie generala	Debridarea excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	2	649,77	1.299,54
Chirurgie generala	Debridarea non excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	2	162,44	324,88
Chirurgie generala	Diabet mellitus tip 2 cu complicatii microvasculare multiple	2	427,32	854,64
Chirurgie generala	Dispepsia	2	180,12	360,24
Chirurgie generala	Edem localizat	2	198,65	397,30
Chirurgie generala	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziuni multiple/leziune unic?	2	273,03	546,06
Chirurgie generala	Eliberarea tunelului carpal	2	674,75	1.349,50
Chirurgie generala	Endoscopie digestiva superioara	4	371,57	1.486,28
Chirurgie generala	Endoscopie digestiva superioara cu biopsie	4	480,31	1.921,24
Chirurgie generala	Eventratie postoperatorie	2	589,67	1.179,34
Chirurgie generala	Excizia chistului Baker	2	682,96	1.365,92
Chirurgie generala	Excizia leziunilor tegumentare si tesutului subcutanat	2	555,80	1.111,60
Chirurgie generala	Excizia locala a leziunilor sanului	2	413,52	827,04
Chirurgie generala	Flebita si tromboflebita extremitatilor inferioare, nespecificata	2	383,92	767,84
Chirurgie generala	Ganglioni limfatici mariti localizati	2	512,98	1.025,96
Chirurgie generala	Gastrita cronica, nespecificata	2	313,43	626,86
Chirurgie generala	Gastro-duodenita, nespecificata	2	216,25	432,50
Chirurgie generala	Gonartroza, nespecificata	2	202,45	404,90
Chirurgie generala	Gusa multinodulara netoxica	2	340,34	680,68
Chirurgie generala	Hemoroidectomia	2	631,35	1.262,70

Chirurgie generala	Hernia epigastrica	2	589,67	1.179,34
Chirurgie generala	Hernia ombilicala	2	589,67	1.179,34
Chirurgie generala	Hipertrofia preputului, fimoza, parafimoza	2	229,22	458,44
Chirurgie generala	Incizia si drenajul tegumentelor si ale tesutului subcutanat	4	519,43	2.077,72
Chirurgie generala	Indepartarea corpilor straini din tegument si tesutul subcutanat cu incizie	2	454,09	908,18
Chirurgie generala	Infectia tractului urinar, cu localizare nespecificata	2	213,11	426,22
Chirurgie generala	Insuficienta venoasa (cronica) (periferica)	2	383,92	767,84
Chirurgie generala	Lumbago cu sciatica	2	347,28	694,56
Chirurgie generala	Orhidectomia unilaterala (excizia testicolului)	2	480,31	960,62
Chirurgie generala	Plaga deschisa a altor parti ale pumnului si mainii	2	245,74	491,48
Chirurgie generala	Plaga deschisa a degetului (degetelor) fara vatamarea unghiei	2	246,68	493,36
Chirurgie generala	Realizarea fistulei arterio-venoase la persoanele dializate	10	283,18	2.831,80
Chirurgie generala	Repararea plagilor tegumentare si ale tesutului subcutanat, implicand tesuturile mai profunde	2	555,80	1.111,60
Chirurgie generala	Reparatia cisto si rectocelului	4	480,31	1.921,24
Chirurgie generala	Rezectia partiala a unghiei incarnate	2	283,18	566,36
Chirurgie generala	Sindroame dupa chirurgia gastrica	2	285,59	571,18
Chirurgie generala	Terapia chirurgical? a fimozei	4	193,54	774,16
Chirurgie generala	Terapia chirurgicala a apendicitei cronice	2	742,92	1.485,84
Chirurgie generala	Terapia chirurgicala a fisurii perianale	4	500,00	2.000,00
Chirurgie generala	Terapia chirurgicala a granulomului ombilical	2	300,00	600,00
Chirurgie generala	Terapia chirurgicala a hidrocelului	2	480,31	960,62
Chirurgie generala	Terapia chirurgicala a tumorilor de perete abdominal sau ombilic	2	300,00	600,00
Chirurgie generala	Terapia chirurgicala a varicocelului	2	808,68	1.617,36
Chirurgie generala	Tiroidita autoimuna	2	316,99	633,98
Chirurgie generala	Tumora lipomatoasa benigna a pielii si a tesutului subcutanat al trunchiului	2	225,87	451,74
Chirurgie generala	Ulcerul duodenal, acut fara hemoragie sau perforatie, diagnosticat anterior	2	200,82	401,64
Chirurgie generala	Unghia incarnata	2	297,32	594,64
Chirurgie generala	Vene varicoase ale extremitatilor inferioare fara ulceratie sau inflamatie	2	383,92	767,84
Chirurgie generala	Vene varicoase cu ulceratie ale extremitatilor inferioare	2	383,92	767,84
Medicina interna	Alte anemii prin carenta de fier	2	532,02	1.064,04
Medicina interna	Alte boli pulmonare interstitiale specificate	2	380,09	760,18
Medicina	Alte boli specificate ale vezicii biliare	2	263,17	526,34

interna				
Medicina interna	Alte colecistite	2	290,90	581,80
Medicina interna	Alte forme de angina pectorala (*fara coronografie)	2	273,62	547,24
Medicina interna	Alte forme specificate de diabet mellitus cu control slab	2	427,32	854,64
Medicina interna	Alte gastrite acute	2	311,60	623,20
Medicina interna	Alte infectii acute ale cailor respiratorii superioare cu localizari multiple	2	171,71	343,42
Medicina interna	Alte pneumonii bacteriene	2	398,65	797,30
Medicina interna	Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	2	375,98	751,96
Medicina interna	Amigdalita acuta, nespecificata	2	165,12	330,24
Medicina interna	Anemia prin carenta de fier secundara unei pierderi de sange (cronica)	2	335,03	670,06
Medicina interna	Anemia prin carenta de fier, nespecificata	2	340,34	680,68
Medicina interna	Astmul cu predominenta alergica	2	177,30	354,60
Medicina interna	Ateroscleroza arterelor extremitatilor cu claudicatie intermitenta	2	273,62	547,24
Medicina interna	Boala pancreasului nespecificata	2	250,00	500,00
Medicina interna	Boala pulmonara interstitiala, nespecificata	2	381,74	763,48
Medicina interna	Boala pulmonara obstructiva cronica cu exacerbare acuta, nespecificata	2	370,60	741,20
Medicina interna	Boala pulmonara obstructiva cronica cu infectie acuta a cailor respiratorii	2	375,74	751,48
Medicina interna	Boala pulmonara obstructiva cronica, nespecificata	2	360,39	720,78
Medicina interna	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagita	2	307,15	614,30
Medicina interna	Boala refluxului gastro-esofagian fara esofagita	2	230,01	460,02
Medicina interna	Bronsita acuta, nespecificata	2	168,46	336,92
Medicina interna	Cardiomiopatie ischemica	2	273,62	547,24
Medicina interna	Cardiopatie ischemica cronica, nespecificata, fara coronografie	2	302,74	605,48
Medicina interna	Cistita acuta	2	221,39	442,78
Medicina interna	Colecistita cronica	2	339,14	678,28
Medicina interna	Degenerescenta grasoasa a ficatului, neclasificata altundeva	2	397,10	794,20
Medicina interna	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	2	303,12	606,24
Medicina interna	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	2	341,86	683,72
Medicina interna	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fara complicatii	2	305,81	611,62
Medicina interna	Diabet mellitus tip 1 cu complicatii microvasculare multiple	2	378,90	757,80
Medicina interna	Diabet mellitus tip 2 cu complicatii microvasculare multiple	2	427,32	854,64
Medicina interna	Diareea si gastro-enterita probabil infectioase	2	255,40	510,80

Medicina interna	Dispepsia	2	180,12	360,24
Medicina interna	Dorsalgie joasa	2	378,19	756,38
Medicina interna	Flebita si tromboflebita extremitatilor inferioare, nespecificata	2	383,92	767,84
Medicina interna	Gastrita cronica, nespecificata	2	313,43	626,86
Medicina interna	Gastro-duodenita, nespecificata	2	216,25	432,50
Medicina interna	Gastroenterita si colita neinfectioase, nespecificate	2	241,02	482,04
Medicina interna	Gonartroza, nespecificata	2	202,45	404,90
Medicina interna	Gusa multinodulara netoxica	2	340,34	680,68
Medicina interna	Hepatita alcoolica	2	271,45	542,90
Medicina interna	Hiperlipidemie mixta	2	381,48	762,96
Medicina interna	Infectia bacteriana, nespecificata	2	304,46	608,92
Medicina interna	Infectia intestinala bacteriana, nespecificata	2	304,46	608,92
Medicina interna	Infectia intestinala virala, nespecificata	2	241,74	483,48
Medicina interna	Infectia tractului urinar, cu localizare nespecificata	2	213,11	426,22
Medicina interna	Infectii acute ale cailor respiratorii superioare, nespecificate	2	163,56	327,12
Medicina interna	Insuficienta venoasa (cronica) (periferica)	2	383,92	767,84
Medicina interna	Pneumonia lobara, nespecificata	2	402,62	805,24
Medicina interna	Pneumonia virala, nespecificata	2	372,77	745,54
Medicina interna	Pneumonie, nespecificata	2	417,73	835,46
Medicina interna	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	2	322,47	644,94
Medicina interna	Sindromul intestinului iritabil fara diaree	2	309,88	619,76
Medicina interna	Tiroidita autoimuna	2	316,99	633,98
Medicina interna	Ulcerul duodenal, acut fara hemoragie sau perforatie, diagnosticat anterior	2	200,82	401,64
Medicina interna	Urticaria alergica (fara Edem Quinke)	2	204,48	408,96
Medicina interna	Vene varicoase ale extremitatilor inferioare fara ulceratie sau inflamatie	2	383,92	767,84
Medicina interna	Vene varicoase cu ulceratie ale extremitatilor inferioare	2	383,92	767,84
Neurologie	Alta deplasarea a unui alt disc intervertebral specificat, fara indicatie operatorie	2	313,33	626,66
Neurologie	Alte boli cerebrovasculare, specificate	2	322,40	644,80
Neurologie	Dorsalgie joas?	2	378,19	756,38
Neurologie	Lumbago cu sciatic?	2	347,28	694,56
Neurologie	Sindrom vertebro-bazilar	2	227,98	455,96
Obstetrica-Ginecologie	Alta durere abdominala si nespecificata	2	134,41	268,82
Obstetrica-Ginecologie	Alte anemii prin carenta de fier	2	532,02	1.064,04
Obstetrica-	Alte ingrijiri medicale specificate	60	331,17	19.870,20

Ginecologie				
Obstetrica-Ginecologie	Alte sangerari anormale specificate ale uterului si vaginului	2	389,85	779,70
Obstetrica-Ginecologie	Anemia prin carenta de fier secundara unei pierderi de sange (cronica)	2	335,03	670,06
Obstetrica-Ginecologie	Anemia prin carenta de fier, nespecificata	2	340,34	680,68
Obstetrica-Ginecologie	Avort fals	2	97,77	195,54
Obstetrica-Ginecologie	Avort spontan incomplet, fara complicatii	2	98,84	197,68
Obstetrica-Ginecologie	Biopsia tegumentuluisi tesutului subcutanat	2	609,55	1.219,10
Obstetrica-Ginecologie	Boala inflamatorie pelviana feminina, nespecificata	2	138,35	276,70
Obstetrica-Ginecologie	Chiuretaj cu biopsia de col uterin	2	444,84	889,68
Obstetrica-Ginecologie	Chiuretaj cu biopsia de endometru	2	444,84	889,68
Obstetrica-Ginecologie	Cistita acuta	2	221,39	442,78
Obstetrica-Ginecologie	Debridarea excizionala a partilor moi	2	649,77	1.299,54
Obstetrica-Ginecologie	Debridarea excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	2	649,77	1.299,54
Obstetrica-Ginecologie	Edem gestational	2	198,65	397,30
Obstetrica-Ginecologie	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziuni multiple/leziune unic?	2	273,03	546,06
Obstetrica-Ginecologie	Excizia leziunilor tegumentare si tesutului subcutanat	2	555,80	1.111,60
Obstetrica-Ginecologie	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	4	219,55	878,20
Obstetrica-Ginecologie	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	6	390,76	2.344,56
Obstetrica-Ginecologie	Hiperemeza gravidica usoara	2	125,86	251,72
Obstetrica-Ginecologie	Incizia si drenajul tegumentelor si ale tesutului subcutanat	6	519,43	3.116,58
Obstetrica-Ginecologie	Infectia tractului urinar, cu localizare nespecificata	2	213,11	426,22
Obstetrica-Ginecologie	Infectiile vezicii urinare in sarcina	2	127,48	254,96
Obstetrica-Ginecologie	Ingrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterina datorita unei interventii chirurgicale anterioare	2	464,82	929,64
Obstetrica-Ginecologie	Insuficienta venoasa (cronica) (periferica)	2	383,92	767,84
Obstetrica-Ginecologie	Malnutritia proteino-energetica moderata	2	362,46	724,92
Obstetrica-Ginecologie	Malnutritia proteino-energetica usoara	2	362,46	724,92
Obstetrica-Ginecologie	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclu menstrual neregulat	2	233,25	466,50
Obstetrica-Ginecologie	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclu menstrual regulat	2	332,24	664,48
Obstetrica-Ginecologie	Repararea plagilor tegumentare si ale tesutului subcutanat, implicand tesuturile mai profunde	2	555,80	1.111,60
Obstetrica-Ginecologie	Reparatia cisto si rectocelului	4	480,31	1.921,24
Obstetrica-Ginecologie	Sangerari excesive in perioada de premenopauza	2	323,27	646,54
Obstetrica-Ginecologie	Sangerari postmenopauza	2	311,36	622,72

Obstetrica-Ginecologie	Vene varicoase cu ulceratie ale extremitatilor inferioare	2	383,92	767,84
Pediatrie	Alta durere abdominala si nespecificata	2	134,41	268,82
Pediatrie	Alte anemii prin carenta de fier	20	532,02	10.640,40
Pediatrie	Alte gastrite acute	10	311,60	3.116,00
Pediatrie	Alte infectii acute ale cailor respiratorii superioare cu localizari multiple	2	171,71	343,42
Pediatrie	Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	2	375,98	751,96
Pediatrie	Amigdalita acuta, nespecificata	2	165,12	330,24
Pediatrie	Anemia prin carenta de fier, nespecificata	2	340,34	680,68
Pediatrie	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagita	2	307,15	614,30
Pediatrie	Boala refluxului gastro-esofagian fara esofagita	10	230,01	2.300,10
Pediatrie	Bronsita acuta, nespecificata	2	168,46	336,92
Pediatrie	Cistita acuta	2	221,39	442,78
Pediatrie	Diareea si gastro-enterita probabil infectioase	2	255,40	510,80
Pediatrie	Dispepsia	2	180,12	360,24
Pediatrie	Ganglioni limfatici mariti localizati	2	512,98	1.025,96
Pediatrie	Gastro-duodenita, nespecificata	2	216,25	432,50
Pediatrie	Gastroenterita si colita neinfectioase, nespecificate	2	241,02	482,04
Pediatrie	Hipertrofia preputului, fimoza, parafimoza	10	229,22	2.292,20
Pediatrie	Infectia bacteriana, nespecificata	20	304,46	6.089,20
Pediatrie	Infectia intestinala bacteriana, nespecificata	20	304,46	6.089,20
Pediatrie	Infectia intestinala virala, nespecificata	20	241,74	4.834,80
Pediatrie	Infectia tractului urinar, cu localizare nespecificata	2	213,11	426,22
Pediatrie	Infectii acute ale cailor respiratorii superioare, nespecificate	2	163,56	327,12
Pediatrie	Malnutritia proteino-energetica moderata	2	362,46	724,92
Pediatrie	Malnutritia proteino-energetica usoara	2	362,46	724,92
Pediatrie	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclu menstrual neregulat	10	233,25	2.332,50
Pediatrie	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclu menstrual regulat	2	332,24	664,48
Pediatrie	Obezitate datorita unui exces caloric	2	305,19	610,38
Pediatrie	Pneumonia virala, nespecificata	2	372,77	745,54
Pediatrie	Pneumonie, nespecificata	2	417,73	835,46
Pediatrie	Tiroidita autoimuna	20	316,99	6.339,80
Pediatrie	Urticaria alergica (fara Edem Quinke)	2	204,48	408,96
x	Urgenţă medico-chirurgicală în camerele de gardă	224	57,00	12.768,00
x	Evaluarea sindromului Post Covid-19	20	413,75	8.275,00
x	Monitorizare boli neurologice (epilepsie și tulburări de somn, boala Parkinson și alte manifestări extrapiramidale, boli neuromusculare, miastenia gravis și sindromul miastenic, neuropatii periferice, boli neurodegenerative ale sist nerv centr,scler. multipla, stenoze arteriale carotidiene,demente,paralizii cerebrale)	8	200,00	1.600,00

Total număr cazuri:	313
Total număr servicii:	126
Total valoare cazuri:	109.513,85
Total valoare servicii:	11.321,50
Total valoare spitalizare zi lunară:	120.835,35
TOTAL	641.219,82

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

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

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitaliceşti pe anul 2021 este de **4.236.726,89** lei.

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

Suma totală aferentă anului 2021:	**4.236.726,89** lei*) *) suma prevăzută la alin. (3)				
	Total	Acuţi *) suma prevăzută la alin. (1) lit. a) sau lit. d) din care:	Cronici *) suma prevăzută la alin. (1) lit. b) din care:	Îngrijiri Paliative *) suma prevăzută la alin. (1) lit. c)	Spitalizare de zi *) suma prevăzută la alin. (1) lit. e)
0	1=2+3+4+5	2	3	4	5
Trimestrul I 2021	**1.317.055,60**	**1.166.925,60**			**150.130,00**
Ianuarie	428.035,20	388.975,20			39.060,00
- valoare initiala	428.035,20	388.975,20			39.060,00
- chelt suplim/serv realiz aferente dec 2020	0,00				
- chelt suplim/serv realiz aferente ian 2021	0,00				
Februarie	435.925,20	388.975,20			46.950,00
- valoare initiala	435.925,20	388.975,20			46.950,00
- chelt suplim/serv realiz aferente feb 2021	0,00				
Martie	453.095,20	388.975,20			64.120,00
- valoare initiala	453.095,20	388.975,20			64.120,00
- chelt suplim aferente dec 2020	0,00				
Trimestrul II 2021	**1.197.093,60**	**1.050.813,60**			**146.280,00**
Aprilie	325.423,20	272.863,20			52.560,00
- valoare initiala	325.423,20	272.863,20			52.560,00
- chelt suplim/serv realiz aferente mar 2021	0,00				
Mai	431.115,20	388.975,20			42.140,00
- valoare initiala	431.115,20	388.975,20			42.140,00
- chelt suplim/serv realiz aferente apr 2021	0,00				
Iunie	440.555,20	388.975,20			51.580,00
- valoare initiala	440.555,20	388.975,20			51.580,00
- chelt suplim/serv realiz aferente mai 2021	0,00				
Trimestrul III 2021	**1.591.251,52**	**1.278.580,82**			**312.670,70**
Iulie	603.742,00	532.742,00			71.000,00
- valoare initiala	603.742,00	532.742,00			71.000,00
- chelt suplim/serv realiz aferente iun 2021	0,00				
August	493.754,76	372.919,41			120.835,35
Septembrie	493.754,76	372.919,41			120.835,35
Trimestrul IV 2021	**131.326,17**	**99.187,05**			**32.139,12**
Octombrie 27,58%	131.326,17	99.187,05			32.139,12
Noiembrie	0,00				
Decembrie	0,00				

(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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. 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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 şi în condiţiile prevăzute la acelaşi articol.

(6) Lunar, până la data de 20 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 10 a lunii, 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 20 a lunii.

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 în 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 cu 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-a 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 lege 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 s- au 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. RO84TREZ23821F332100XXXX, deschis la Trezoreria Statului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 10. - Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 11. - Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 12. - Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

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

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

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

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

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

Art. 15. - În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea și suspendarea contractului

Art. 16. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr- o notificare scrisă, în următoarele situații:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) acordul de voință al părților;

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

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

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

Art. 18. - Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) și a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

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

XI. Corespondența

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

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

XII. Modificarea contractului

Art. 20. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 5 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

Art. 21. - (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

2. Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte 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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. 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 clauză 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 - (1) Suma decontată lunar pentru serviciile medicale contractate se va face în limita bugetului aprobat la nivelul CAS Constanța cu această destinație.

(2) Valoarea totală de contract pe anul 2021 este cuprinsă și suma de 3.117.891,20 lei, contractată în baza actelor adiționale aferente perioadei ianuarie – iulie 2021.

Art. 25 - Părţile contractante au obligaţia de a respecta atât prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, cu modificările şi completările ulterioare, cât şi prevederile Regulamentului (UE) nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia 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 17 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă, şi intră în vigoare la data de 01.08.2021.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CONSTANŢA

Spitalul Orăşenesc Hârşova,