

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicești

I: Partile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate Suceava , cu sediul în Suceava , str. Prof. Leca Morariu , nr. 17 C , județul Suceava , cod IBAN RO29TREZ59127660520XXXXX , telefon 522675 , fax 521548 , reprezentată prin **Președinte – Director General Dr. Cristina IORDACHEL**

și
Unitatea sanitara cu paturi SPITALUL MUNICIPAL IATRA DORNEI cu sediul în **IATRA DORNEI** , str. **MIHAI EMINESCU nr. 14** , telefon **371 823** , fax **371 823** , reprezentat prin **N. AUREL SCURTU** , având actul de înființare sau de organizare a unitatii sanitare in concordanta cu tipurile de activitati pe care le desfasoara, dupa caz, nr. **326/1999**, autorizația sanitară de funcționare nr. **32508/2002** , dovada de evaluare nr. **8/2006** , codul unic de inregistrare nr. **4535414** și contul nr. **RO32TREZ5945041XXX000100** deschis la Trezoreria Municipiului Suceava sau cont nr. deschis la Banca , dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atat pentru furnizor , cat si pentru personalul medico-sanitar angajat (valabila la data incheierii contractului , cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada de derulare a contractului) nr. **2.200.1** dovada platii contributiei la Fondul National Unic de Asigurari Sociale de Sanatate conform prevederilor legale in vigoare nr. , lista de servicii medicale care nu pot fi efectuate in ambulatoriu si impun internarea; lista materialelor sanitare si a denumirilor comune internationale- DCI utilizate pe perioada spitalizarii, cu mentionarea DCI-uri care pot fi recomandate pacientilor internati, a acelor dintre acestea care pot fi prescrise de orice medic din spitalul respectiv si a DCI-urilor care pot fi prescrise cu aprobarea medicului sef de sectie sau cu aprobarea consiliului medical, structura organizatorica aprobata sau avizata, dupa caz, de catre Ministerul Sanatatii , in vigoare la data incheierii contractului.

II: Obiectul contractului

Art. 1 (1) Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul **2009**, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. **1714/2008** cu modificările și completările ulterioare, și normele metodologice de aplicare a acestuia.

(2) Activitățile suplimentare și alte obligații de plată din partea CAS SUCEAVA sunt prevăzute în actele adiționale la prezentul contract.

III: Servicii medicale spitalicești

Art. 2 (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, aflate în relație contractuală cu casele de asigurari de sanatate, a medicilor din unitățile de asistență medico-socială, a medicilor din centrele de dializa private aflate în relație contractuală cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate precum și a medicilor care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si

stationar de zi, cabinete de planificare familiala, cabinete medicale de boli infectioase, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica.

Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu unitatile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi, cabinete de planificare familiala, cabinete medicale de boli infectioase, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalelor ca unitati fara personalitate juridica, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre medicii care isi desfasoara activitatea in aceste unitati. Fac exceptie urgențele medico-chirurgicale, boli cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și tratament, internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care beneficiaza de internare fara bilet de trimitere.

(2) Aceste servicii constau în:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratamente medicale și/sau chirurgicale;
- e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

IV: Durata contractului

Art. 3 Prezentul contract este valabil de la data incheierii lui până la data de **31 decembrie 2009**.

Art. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul **2009**, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. **1714/2008**, cu modificările și completările ulterioare.

V: Obligațiile părților

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

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, autorizați și evaluați, și să facă publica în termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor prin afisare pe pagina web și la sediul casei de asigurari de sanatate, lista acestora precum și valoarea de contract, pentru informarea asiguraților, actualizate dacă este cazul;
- b) să deconteze furnizorului de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate, și validate conform normelor, pe baza facturii însoțită de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;
- c) să informeze furnizorul de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;
- d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de functionare și de acordare a acestora;
- e) să inmaneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorului de servicii medicale procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucratoare de la data efectuării controlului;
- f) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzute la articolul 6. lit. ab), contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casa de asigurari poate efectua până la data de 20 decontarea lunii

curente pentru perioada 1 - 15 ale lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare;

g) să țină evidența externarilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

h) să deconteze furnizorilor de servicii medicale cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

Art. 6 Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile art.238 și art.239 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament ;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului, referitor la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de un exemplar a biletului de trimitere pentru internare precum și de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați , pentru persoanele cărora li s-a acordat asistența medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale , pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane , pentru titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate , pe perioada de valabilitate a cardului , respectiv pentru beneficiarii ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 cit și pentru beneficiarii a acordurilor, înțelegerilor , convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății , încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate , atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate . Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru , respectiv 3 luni într-un an , conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare ; începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

f) să completeze corect și la zi formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului ; pentru asigurații incluși în programul național cu scop curativ , alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare ;

h) să respecte programul de lucru pe care să-l afișeze la loc vizibil și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI) , astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, pe

baza de prescripție medicală, care se aproba prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care, medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială, în concordanță cu diagnosticul, în situația în care se eliberează prescripție medicală la externare;

l) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită;

m) să acorde servicii medicale asiguraților fără discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

n) să acorde cu prioritate asistența medicală femeii gravide și sugarilor;

o) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

p) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate conform dispozițiilor legale;

r) să raporteze casei de asigurări de sănătate serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

s) să acorde asistența medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistența 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;

t) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu „sistemul informatic unic integrat” caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului - cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, prin scrisoare medicală transmisă 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;

x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz;

y) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

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

w) situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu

care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în aceasta situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condiții stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

aa) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ; și să nu încaseze coplata / contribuție personală pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale la care nu sunt prevăzute astfel de plăți;

ab) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

ac) să acorde cu prioritate asistența medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

VI: Modalități de plată

Art. 7 (1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (**DRG**) pentru afecțiunile acute, care se stabilește astfel:

Secția	Nr. Cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2008*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2009**)	Suma
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
TOTAL				

*) Indicele de case-mix pentru anul 2008 este prezentat în Anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

**) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2009 este prezentat în Anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

b) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate în spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, de recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. Cazuri externate	Durată optimă de spitalizare sau după caz durata de spitalizare efectiv realizată*)	Tarif pe zi de spitalizare/sectie/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
TOTAL				

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în Anexa nr. 19 la Ordinul Ministrului Sănătății publice și al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Suma aferenta serviciilor medicale paliative se stabileste astfel:

Numar paturi X numar de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat X tarif pe zi de spitalizare negociat si este de..... lei.

e) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (prevazute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății publice) din spitalele de cronici și de recuperare, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. Cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat	Suma
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL			

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

Numărul de servicii medicale contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	$C3 = C1 \times C2$
TOTAL	X	

*tariful pe serviciu medical se negociaza si nu poate fi mai mare decit tariful maximal decontat de casa de asigurari de sanatate prevazut in anexa nr. 16 la Ordinul Ministrului Sanatatii Publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2009, aprobat prin Hotarirea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Tariful pe caz rezolvat se negociaza intre spitale si casele de asigurari de sanatate, si nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate prin spitalizare continua, cu incadrarea in valoarea de contract.

(2)Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2009 este de lei.

(3)Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2009 se defalchează trimestrial după cum urmează,
conform ANEXA 2:

Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei
- luna II lei
- luna III lei

Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei
- luna V lei
- luna VI lei

Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei
- luna VIII lei
- luna IX lei

Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

(4)Lunar, până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților in luna precedenta, în baza facturii și a documentelor insotitoare ,cu incadrarea în sumele contractate

Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare .

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului in curs se poate efectua in luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate si facturate pina la data prevazuta in documentele justificative depuse in vederea decontarii, urmind ca diferenta reprezentind servicii medicale realizate sa se deconteze in luna ianuarie a anului urmator.

(5)Trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările in limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face pina la data de 20 decembrie a anului in curs.

(6) Casele de asigurari de sanatate deconteaza cazurile externate din unitatile sanitare cu personalitate juridica de medicina muncii- boli profesionale si din sectiile de boli profesionale aflate in structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boala profesionala in conditiile respectarii criteriilor de internare prevazute la art. 60 alin .(4) din Contractul -cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008 si in conditiile in care cazurile externate sunt persoane asigurate in sistemul asigurarii sociale de sanatate .

DIRECTOR EXECUTIV
 DIRECTIA DE PLANIFICARE
 SI DEZVOLTARE SI RELATII
 CU FURNIZORII
 SEMNATURA



Casele de asigurari de sanate nu deconteaza mai mult de **50%** din cazurile externate din unitatile sanitare cu personalitate juridica de medicina muncii- boli profesionale si din sectiile de boli profesionale aflate in structura spitalelor.

(7) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile unitatilor sanitare cu paturi prevazute in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate atrage aplicarea unor sanctiuni pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare, retinerea unei sume calculata prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferenta lunii respective ;
- b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculata prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunara ;
- c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculata prin aplicarea unui procent de 9% din valoarea de contract lunara .

Retinerea sumei conform celor de mai sus se aplica pentru luna in care a avut loc constatarea, din prima plata ce urmeaza a fi efectuata.

Odata cu prima constatare casele de asigurari de sanatate prin Casa Nationala de Asigurari de Sanatate anunta Ministerul Sanatatii , respectiv ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie despre situatiile respective in vederea luarii masurilor ce se impun .

Art.8 Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. , deschis la Trezoreria statului sau în contul nr. , deschis la Banca

VII: Calitatea serviciilor medicale

Art. 9 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor, elaborate in conformitate cu prevederile art. 238 si 239 din Legea 95/2006 ,cu modificarile si completarile ulterioare , referitoare la diagnostic si tratament .

VIII: Răspunderea contractuală

Art. 10 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 11 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX: Clauze speciale

Art. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au dus la invocarea fortei majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

Art. 13 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie raspundere si nu atrage nici o obligatie din partea casei de asigurari de sanatate cu care s-a incheiat contractul.

X: Încetarea , modificarea și suspendarea contractului

Art. 14 Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat ca casa de asigurari de sanatate, se modifica în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului , printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

- a) una sau mai multe sectii nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;
- b) retragerea, la nivelul secției/secțiilor a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar;
- c) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

Art. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ teritorială a casei de asigurari de sanatate cu care se afla în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale ,după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) 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 anterior datei de la care se dorește încetarea contractului , cu indicarea temeiului legal.

Art. 16 Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 lit. b) și c) 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. 15 lit. a) 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. 17 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucratoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

XII: Modificarea contractului

Art. 18 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 10 de 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. 19 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art.7 din Anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei

Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 20 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

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

XIII: Soluționarea litigiilor

Art. 21 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

2) Litigiile nesoluționate conform alin.(1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV: Alte clauze

Art. 22 Managerul spitalului va aduce la cunoștința angajaților reglementările apărute în Monitorul Oficial sau transmise de CNAS sau MS referitoare la relațiile contractuale, atât direct în cadrul ședințelor cu șefii de secții, cit și în scris, rezumativ, prin adresa pentru a fi luate la cunoștința de către tot colectivul. De aducerea la cunoștința întregului colectiv răspunde medicul șef de secție, care va îndosaria toate adresele referitoare la relațiile contractuale cu CAS primite de la conducere.

Art. 23 Managerul va aduce la cunoștința medicului coordonator de garda obligativitatea acestuia de a pune la dispoziție actele solicitate și personalul solicitat de echipele de control, anunțat sau înopinat, în lipsa managerului sau unui alt membru din comitetul director pentru a lua la cunoștința despre deficiențele constatate și pentru a semna procesul verbal. Ulterior, medicul coordonator de garda va aduce la cunoștința managerului și a întregului comitet director deficiențele găsite, urmând ce managerul să transmită CAS, în cel mult 48 de ore măsurile luate pentru remedierea acestor deficiențe. Nerespectarea acestei clauze duce la blocarea finanțării acelei activități deficitare până la remedierea ei.

Art.24 Managerul se obliga să urmărească informarea medicilor de familie și medicilor specialiști asupra stării la externare a bolnavilor, prin scrisori medicale.

Art. 25 Medicii din unitățile de primiri urgente, precum și cei care efectuează garzi, sunt obligați să semneze și să stampileze foile de solicitare pentru bolnavii aduși în urgența de către Serviciul de Ambulanță Județean.

Art. 26 Dacă un pacient internat nu poate fi tratat în unitatea sanitară sau evoluția ulterioară internării pacientului impune transferul la o altă unitate sanitară din județ sau în afara județului, transferul pacientului se va efectua de către Serviciul de Ambulanță Județean, numai însoțit de toată documentația medicală pentru bolnavul respectiv.

Art. 27 Din suma contractată cu CAS Suceava, unitatea sanitară va suporta și contravaloarea consultațiilor interdisciplinare pentru pacienții internați efectuate în ambulatoriul /ambulatoriul integrat la spitalului respectiv sau a altei unități sanitare cu paturi pe baza relațiilor contractuale stabilite între cele două unități sanitare.

Art. 28 Furnizorul datorează pentru serviciile medicale imputabile, majorări de întârziere calculate conform obligațiilor fiscale.

Art. 29 Spitalul va raporta pana la data de 15 a lunii curente pentru luna precedenta, executia de venituri si cheltuieli.

Art.30 Managerul are obligatia de a consulta periodic sit-ul Casei de Asigurari de Sanatate Suceava www.cassv.ro.

Art. 31 In situatia nerespectarii termenului de restituire a sumelor incasate necuvenit din fond constatate de catre organele de control ale casei de asigurari, respectiv 30 de zile de la primirea raportului de control aprobat de catre Presedinte Director General, sumele se vor recupera prin retinerea acestora din prima plata ce urmeaza a fi efectuata furnizorului de servicii;

Art. 32 Respectarea termenului de transmitere a stadiului implementarii masurilor aprobate de catre Presedinte Director General si cuprinse in Raportul de control intocmit de catre organele de control ale casei de asigurari de sanatate. Refuzul unitatii controlate de a transmite stadiul implementarii masurilor se sanctioneaza in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

Art. 33 Partile contractante au obligatia de a cunoaste dispozitiile legale cuprinse in Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari de sanatate si Normele de aplicare a acestuia, in vederea materializarii corespunzatoare a acestora, pe durata derularii contractului.

Art. 34 Toate documentele care stau la baza incheierii contractelor si decontării serviciilor medicale spitalicesti se certifica prin semnatura reprezentantului legal al furnizorului care va raspunde de exactitatea si realitatea datelor transmise si / raportate.

Art. 35 Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicesti în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi 20.02.2009, în două exemplare a câte 15 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă, fiind citit, inteles si acceptat de catre parti, cu toate clauzele suplimentare, intrind in vigoare la data de.....

**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
PRESEDINTE – DIRECTOR GENERAL,
Dr. Cristina IORDACHEL**



**FURNIZOR SERVICII MEDICALE
MANAGER,**



**DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI
MANAGEMENT SI ECONOMICE,
Ec. Maria CANTEA**

DIRECTOR MEDICAL,

**DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI
RELATII CU FURNIZORII
Ec. Anda SALAGEAN**

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,

**VIZAT,
Juridic, contencios si aplicare
Acorduri internationale
Jurist Ioan POTANG**

DIRECTOR DE INGRIJIRI,



SPITALUL MUNICIPAL VATRA DORNEI

lei

LUNA	DRG		SPITALIZARE DE ZI		SERVICII PARACLINICE	TOTAL SPITAL
	CREDITE BUGETARE	CREDITE DE ANGAJAMENT	CREDITE BUGETARE	CREDITE DE ANGAJAMENT		
IANUARIE	590.460,60		37.168,00	0,00	980,00	628.608,60
FEBRUARIE	590.460,60		36.984,00	0,00	981,00	628.425,60
MARTIE	590.460,60		36.984,00	0,00	981,00	628.425,60
APRILIE	643.921,80		36.984,00	0,00	941,96	681.847,76
MAI	636.538,80		36.984,00	0,00	1.930,52	675.453,32
IUNIE	636.538,80		36.984,00	0,00	1.930,52	675.453,32
IULIE	635.616,27		36.984,00	0,00	1.933,44	674.533,71
AUGUST	634.693,74		36.984,00	0,00	1.923,33	673.601,07
SEPTEMBRIE	636.538,80		36.984,00	0,00	1.342,39	674.865,19
OCTOMBRIE	480.386,92	143.981,40	36.984,00	0,00	1.920,00	663.272,32
NOIEMBRIE	478.104,83	143.981,40	36.984,00	0,00	1.995,34	661.065,57
DECEMBRIE	25.139,55	166.435,99	0,00	36.984,00	1,00	228.560,54
TOTAL	6.578.861,31	454.398,79	407.008,00	36.984,00	16.860,50	7.494.112,60

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL
Dr. Cristina IORDACHEL



DIRECTOR EXECUTIV DIRECTIA
MANAGEMENT SI ECONOMICA
Ec. Cristinel BLEORTU

DIRECTOR EXECUTIV DIRECTIA
RELATII CU FURNIZORII,
Ec. Anda SALAGEAN

VIZAT,
COMPARTIMENT JURIDIC
Județ Ioan POTANG



FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

REPREZENTANT LEGAL



DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL