CNAS
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI
Sos. Bucuresti - Ploiesti, nr.7, Sector 1, Bucuresti, CP 013682, CIF 11629740
Tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, 031.690.10.02, Fax: 021.314.27.57
TELVERDE: 0800.800.951, E-mail: contact@casmb.ro, Website: www.casmb.ro
CASMB
ROMÂNIA
1918-2018 | SĂRBĂTORIM ÎMPREUNĂ

Nr. inregistrare:468
Data document: 03.12.2018
Tip document: Act Aditional

ACT ADIȚIONAL
la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. U0012/2018

Încheiat între:

Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucureşti, cu sediul în Bucureşti, sos.Bucureşti-Ploieşti, Nr.7, sector 1, tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, fax: 021.314.27.57 reprezentată prin Preşedinte - Director General **Ion MÎȚU**

şi

INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN, CUI 4283333, cu sediul în Bucuresti, Str. Caldarusani, nr. 9, sector 1, reprezentată prin **DR.STEFAN ANCA ELENA,**

In baza:

- Legea nr. 95 / 2006, privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- HG nr.140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019
- Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/ 2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a HG nr. 140/2018.
- Fila de buget RV 8221/28.11.2018, înregistrată la Cabinet Președinte CASMB cu nr.P2030/29.11.2018
- Referatul CAS-MB nr.354/03.12.2018

se stabilesc următoarele:

Art. 1. Se suplimentează valoarea lunară de contract pentru decembrie 2018 cu 1354300,56 lei astfel ca luna decembrie 2018 devine 2645545,97 lei.

Art. 2. Valoarea de contract pentru anul 2018 devine 30889707,89 lei.

Art. 3. Celelalte articole din contract rămân nemodificate.

Prezentul act adiţional a fost încheiat astăzi 03.12.2018 în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
Ion MÎŢU

DIRECTOR EXECUTIV ECONOMIC,
Ioana Mihaela LUCA

DIRECTOR EXECUTIV RELAŢII CONTRACTUALE,
Andreea Nicoleta SAFTA

VIZAT,
SERVICIUL JURIDIC CONTENCIOS,

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

REPREZENTANT LEGAL

ANEXA

La contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti
Data: 03.12.2018

Furnizorul de servicii medicale spitalicesti:
INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN
Contract **U0012/2018**

	SUMA CONTRACTATA DRG	SUMA CONTRACTATA CRONICI	SUMA CONTRACTATA SPITALIZARE DE ZI	TOTAL
TRIM I	**-**	**7.176.955,24**	**-**	**7.176.955,24**
APRILIE	-	2.548.384,90	-	2.548.384,90
MAI	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IUNIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IULIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
AUGUST	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
SEPTEMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
OCTOMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
NOIEMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
DECEMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
TOTAL 2018	**-**	**30.889.707,90**	**-**	**30.889.707,90**

Presedinte-Director General
Ion MÎȚU

Furnizor de servicii medicale
Reprezentant legal

Director Executiv Economic
Ioana Mihalea LUCA

Director Executiv Relatii Contractuale
Andreea Nicoleta SAFTA

CNAS
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI
Sos. Bucuresti - Ploiesti, nr.7, Sector 1, Bucuresti, CP 013682, CIF 11629740
Tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, 031.690.10.02, Fax: 021.314.27.57
TELVERDE: 0800.800.951, E-mail: contact@casmb.ro, Website: www.casmb.ro
CASMB
ROMÂNIA
1918-2018 | SĂRBĂTORIM ÎMPREUNĂ

Nr. inregistrare:365
Data document: 15.11.2018
Tip document: Act Aditional

ACT ADIȚIONAL
la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. U0012/2018

Încheiat între:

Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucureşti, cu sediul în Bucureşti, sos.Bucureşti-Ploieşti, Nr.7, sector 1, tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, fax: 021.314.27.57 reprezentată prin Preşedinte - Director General **Ion MÎȚU**

şi

INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN, CUI 4283333, cu sediul în Bucuresti, Str. Caldarusani, nr. 9, sector 1, reprezentată prin **DR.STEFAN ANCA ELENA,**

In baza:

- Legea nr. 95 / 2006, privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- HG nr.140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019
- Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/ 2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a HG nr. 140/2018.
- Fila de buget RV 7483/31.10.2018, înregistrată la Cabinet Președinte CASMB cu nr.P1896/31.10.2018
- Referatul CAS-MB nr.333/15.11.2018

se stabilesc următoarele:

Art. 1. Se suplimentează valoarea lunară de contract pentru decembrie 2018 cu 1291145,41 lei astfel ca luna decembrie 2018 devine 1291245,41 lei.

Art. 2. Valoarea de contract pentru anul 2018 devine 29535407,34 lei.

Art. 3. Celelalte articole din contract rămân nemodificate.

Prezentul act adiţional a fost încheiat astăzi 15.11.2018 în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
Ion MÎŢU

DIRECTOR EXECUTIV ECONOMIC,
Ioana Mihaela LUCA

DIRECTOR EXECUTIV RELAŢII CONTRACTUALE,
Andreea Nicoleta SAFTA

VIZAT,
SERVICIUL JURIDIC CONTENCIOS,

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

REPREZENTANT LEGAL

ANEXA

La contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti
Data: 15.11.2018

Furnizorul de servicii medicale spitalicesti:
INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN
Contract **U0012/2018**

	SUMA CONTRACTATA DRG	SUMA CONTRACTATA CRONICI	SUMA CONTRACTATA SPITALIZARE DE ZI	TOTAL
TRIM I	-	**7.176.955,24**	-	**7.176.955,24**
APRILIE	-	2.548.384,90	-	2.548.384,90
MAI	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IUNIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IULIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
AUGUST	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
SEPTEMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
OCTOMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
NOIEMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
DECEMBRIE	-	1.291.245,41	-	1.291.245,41
TOTAL 2018	-	**29.535.407,34**	-	**29.535.407,34**

Presedinte-Director General
Ion MITU

Director Executiv Economic
Ioana Mihalea LUCA

Director Executiv Relatii Contractuale
Andreea Nicoleta SAFTA

Furnizor de servicii medicale
Reprezentant legal

ANEXA

La contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti
Data:31.10.2018

Furnizorul de servicii medicale spitalicesti:
INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN
Contract **U0012/2018**

	SUMA CONTRACTATA DRG	SUMA CONTRACTATA CRONICI	SUMA CONTRACTATA SPITALIZARE DE ZI	TOTAL
TRIM I	-	**7.176.955,24**	-	**7.176.955,24**
APRILIE	-	2.548.384,90	-	2.548.384,90
MAI	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IUNIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IULIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
AUGUST	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
SEPTEMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
OCTOMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
NOIEMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
DECEMBRIE	-	100,00	-	100,00
TOTAL 2018	-	**28.244.261,93**	-	**28.244.261,93**

Presedinte-Director General
Ion MITU

Director Executiv Economic
Ioana Mihalea LUCA

Director Executiv Relatii Contractuale
Andreea Nicoleta SAFTA

Furnizor de servicii medicale
Reprezentant legal

ACT ADIŢIONAL nr. 21 / 19-04-2018
la
CONVENŢIA
privind eliberarea certificatelor de concediu medical
1606 / 01-01-2008

I. Părţile convenţiei:

Casa de Asigurari de Sanatate CAS M Bucuresti, cu sediul in Bucureşti, Şos. Bucureşti – Ploieşti nr. 7, Sec. 1, telefon 021.315.39.29, fax 021.314.27.57, reprezentată prin preşedinte - director general CRISTINA-CONSTANŢA CĂLINOIU

şi

Furnizorul de servicii medicale organizat potrivit legii Institutul National de Geriatrie şi Gerontologie Ana Aslan, reprezentat prin ANCA-ELENA ŞTEFAN, cu autorizaţie sanitară de funcţionare 311 din data 20-03-2007, având sediul în Bucureşti, str. Spătarului nr. 15, sectorul 2, telefon 0310859301.

II. Obiectul actului adiţional

Schimbarea reprezentantului legal

Prin prezentul act adiţional:

- se modifică **Reprezentant legal furnizor** din **ADRIAN FILIP** în **ANCA-ELENA ŞTEFAN**

III. Durata actului adiţional

Prezentul act aditional este valabil de la data de 25-04-2018 până la data de 31-12-2018.

Restul prevederilor convenţiei privind eliberarea certificatelor de concediu medical 1606 / 01-01-2008 rămân neschimbate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI
CNAS
Sos. Bucuresti - Ploiesti, nr.7, Sector 1, Bucuresti, CP 013682, CIF 11629740
Tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, 031.690.10.02, Fax: 021.314.27.57
TELVERDE: 0800 800 951, E-mail: contact@casmb.ro, Website: www.casmb.ro
CASMB
ROMÂNIA 1918-2018 | SĂRBĂTORIM ÎMPREUNĂ

Nr. inregistrare:284
Data document: 31.10.2018
Tip document: Act Aditional

ACT ADIȚIONAL
la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești
nr. U0012/2018

Încheiat între:

Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucureşti, cu sediul în Bucureşti, sos.Bucureşti-Ploieşti, Nr.7, sector 1, tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, fax: 021.314.27.57 reprezentată prin Preşedinte - Director General **Ion MÎȚU**

şi

INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN, CUI 4283333, cu sediul în Bucuresti, Str. Caldarusani, nr. 9, sector 1, reprezentată prin **DR.STEFAN ANCA ELENA,**

In baza:

- Legea nr. 95 / 2006, privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- prevederile HG nr. 161/2016, pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-Cadru care reglementează condițiile acordării asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, cu modificările și completările ulterioare;
- prevederile Ordinului MS/CNAS nr.196/139/2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr.161/2016;
- Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/ 2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a HG nr. 140/2018.
- Fila de buget RV 7483/31.10.2018, înregistrată la Cabinet Președinte CASMB cu nr.P1896/31.10.2018
- Referatul CAS-MB nr.317/31.10.2018

se stabilesc următoarele:

Art. 1. Se suplimentează valoarea lunară de contract pentru noiembrie 2018 cu 1874325,93 lei astfel ca luna noiembrie 2018 devine 2645545,97 lei.

Art. 2. Valoarea de contract pentru anul 2018 devine 28244261,93 lei.

Art. 3. Celelalte articole din contract rămân nemodificate.

Prezentul act adiţional a fost încheiat astăzi 31.10.2018 în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
Ion MÎŢU

DIRECTOR EXECUTIV ECONOMIC,
Ioana Mihaela LUCA

DIRECTOR EXECUTIV RELAŢII CONTRACTUALE,
Andreea Nicoleta SAFTA

VIZAT,
SERVICIUL JURIDIC CONTENCIOS,

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

REPREZENTANT LEGAL

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI
CNAS
Sos. Bucuresti - Ploiesti, nr.7, Sector 1, Bucuresti, CP 013682, CIF 11629740
Tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, 031.690.10.02, Fax: 021.314.27.57
TELVERDE: 0800.800.951, E-mail: contact@casmb.ro, Website: www.casmb.ro
CASMB
ROMÂNIA
1918-2018 | SĂRBĂTORIM ÎMPREUNĂ

Nr. inregistrare:126
Data document: 09.07.2018
Tip document: Act Aditional

ACT ADIŢIONAL
la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești
nr. U0012/2018

Încheiat între:

Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucureşti, cu sediul în Bucureşti, sos.Bucureşti-Ploieşti, Nr.7, sector 1, tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, fax: 021.314.27.57 reprezentată prin Preşedinte - Director General **Cristina Constanța CĂLINOIU**

şi

INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN, CUI 4283333, cu sediul în Bucuresti, Str. Caldarusani, nr. 9, sector 1, reprezentată prin **DR.STEFAN ANCA ELENA,**

In baza:

- Legea nr. 95 / 2006, privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- prevederile HG nr. 161/2016, pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-Cadru care reglementează condițiile acordării asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, cu modificările și completările ulterioare;
- prevederile Ordinului MS/CNAS nr.196/139/2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr.161/2016;
- HG nr.140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019
- Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/ 2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a HG nr. 140/2018.
- Referatul CAS-MB nr.206/09.07.2018

se stabilesc următoarele:

Art. 1. Se modifică valoarea lunară de contract astfel:

- se diminuează valoarea de contract aferentă Trim I 2018 pentru componenta spitalizare continuă cronici cu suma de 685.773,11 lei și se suplimentează cu aceeași sumă valoarea de contract a lunii noiembrie 2018 pentru aceeași componentă.

Art. 2. Valoarea de contract pentru anul 2018 rămâne 26.369.936,00 lei

Art. 3. Celelalte articole din contract rămân nemodificate.

Prezentul act adiţional a fost încheiat astăzi 09.07.2018 în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
Cristina Constanta CĂLINOIU

DIRECTOR EXECUTIV ECONOMIC,
Ec. Ioana Mihaela LUCA

DIRECTOR EXECUTIV RELAŢII CONTRACTUALE,
Dr. Andreea Nicoleta SAFTA

VIZAT,
SERVICIUL JURIDIC CONTENCIOS,

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

REPREZENTANT LEGAL

Şef serviciu,
Dr.Lavinia MĂMULARU

Intocmit,
Cons.Mirela VAMĂ

ANEXA

La contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti
Data: 09.07.2018

Furnizorul de servicii medicale spitalicesti:
INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN
Contract **U0012/2018**

	SUMA CONTRACTATA DRG	SUMA CONTRACTATA CRONICI	SUMA CONTRACTATA SPITALIZARE DE ZI	TOTAL
TRIM I	-	**7.176.955,24**	-	**7.176.955,24**
APRILIE	-	2.548.384,90	-	2.548.384,90
MAI	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IUNIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IULIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
AUGUST	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
SEPTEMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
OCTOMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
NOIEMBRIE	-	771.220,04	-	771.220,04
DECEMBRIE	-	100,00	-	100,00
TOTAL 2018	-	**26.369.936,00**	-	**26.369.936,00**

Presedinte-Director General
Cristina Constanta CALINOIU

Director Executiv Economic
Ioana Mihaela LUCA

Director Executiv Relatii Contractuale
Dr. Andreea Nicoleta SAFTA

Vizat Serviciul Juridic

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE MUNICIPIUL BUCURESTI CASMB

Furnizor de servicii medicale
Reprezentant legal

Sef serviciu
Lavinia MAMULARU

Intocmit
Mirela VAMĂ

CNAS
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI
Sos. Bucuresti - Ploiesti, nr.7, Sector 1, Bucuresti, CP 013682, CIF 11629740
Tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, 031.690.10.02, Fax: 021.314.27.57
TELVERDE: 0800.800.951, E-mail: contact@casmb.ro, Website: www.casmb.ro
CASMB
ROMÂNIA
1918-2018 | SĂRBĂTORIM ÎMPREUNĂ

Nr inregistrare: 10
Data document: 27.04.2018
Tip document: Contract

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitaliceşti
nr. U0012/2018

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate Bucureşti, cu sediul în Bucureşti, şos.Bucureşti-Ploieşti, nr. 7, sector 1, telefon 021.315.39.29, 021.315.39.30, e-mail contractare.spitale@casmb.ro, reprezentată prin preşedinte - director general **Cristina Constanţa CĂLINOIU**,

şi

Unitatea sanitară cu paturi **INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN**, cu sediul în Bucuresti, Str. Caldarusani, nr. 9, sector 1, telefon: fix/mobil 021.223.14.80, e-mail geriatrie@ana-aslan.ro, reprezentată prin **DR.STEFAN ANCA ELENA**

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 2018 – 2019 şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/ 2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a HG nr. 140/2018.

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. 140/2018.

(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.

IV. Durata contractului

Art. 3. - Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2018.

Art. 4. - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 140/2018.

V. Obligaţiile părţilor

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi 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. 397/836/2018, 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 și/sau prin poșta electronică;

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

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 196 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 140/2018, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin poşta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

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

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept și nu erau îndeplinite condiţiile pentru să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertismentele emise de Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate;

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

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

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

şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare transmise până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018;

k) să ţină evidenţa externărilor pe asigurat, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă acesta;

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

m) să monitorizeze activitatea desfăşurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate şi raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018;

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

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

p) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă şi prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/2018;

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

r) să publice pe pagina web proprie sumele prevăzute la art. 91 alin. (2) din anexa 2 la H.G. nr. 140/2018 și să le contracteze cu spitalele în conformitate cu prevederile aceluiași articol;

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

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

a) să informeze asiguraţii cu privire la:

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

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

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor 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 legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor 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/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi 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. 397/836/2018, 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 și să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) să verifice calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare; În situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute in HG nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) să utilizeze 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 3-a 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, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

m) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare medicală, 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 și 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, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

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. 397/836/2018;

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, autorizate şi evaluate; 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 legislației naționale/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 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 prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

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 pentru boala/bolile cronice cu medicamente, 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 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018; 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 a asigurărilor 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 legislației naționale/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 evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum şi daune sănătăţii propriei persoane, din culpă - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

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 30 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) începând cu data de 1 iulie 2018 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate–referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice

aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.

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. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018:conform Anexei

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 conform Anexei:

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

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. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

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 2017.

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

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2018 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. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018;

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.397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018, 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. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018: conform Anexei

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

*) Tariful pe caz rezolvat/ serviciu medical se negociază şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

(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 pentru lunile aprilie - decembrie 2018 este de 18507207,65 lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti contractate stabilită pentru anul 2018 se defalchează lunar şi trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuţi, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronici, servicii paliative, conform Anexei:

(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. 397/ 836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

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. 397/836/ 2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018 şi în condiţiile prevăzute la acelaşi articol.

(6) Lunar, până la data de 15 a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 10, 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 25 .

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 aprilie 2018 până la data de 30 noiembrie, 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. a) pct. 1 și 2, lit. d) - i), k) - m), n), o) - s), t) - x), lit. aa) pct. 1 și pct. 2, lit. ab) și ac), 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 valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară.

(2) Nerespectarea de către unităţile sanitare cu paturi a obligaţiei prevăzute la art. 6 lit. ș) 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 3% la valoarea 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 5% la valoarea 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, trimestrial se reţine o sumă

echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 6 lit. y), z), ae) şi ag) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (3) pentru 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.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

(6) Recuperarea sumei potrivit alin. (1) - (3) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) 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).

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

Art. 9. - Plata serviciilor medicale spitaliceşti se face în contul nr RO13TREZ70120F332100XXXX deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr

VII. Calitatea serviciilor medicale

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

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

IX. Clauze speciale

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

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

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

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

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

Art. 15. - În cazul reorganizării unităţii sanitare cu paturi, prin desfiinţarea acesteia şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare se preia de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea şi suspendarea contractului

Art. 16. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale 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 secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) acordul de voinţă al părţilor;

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

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

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

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

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

XI. Corespondenţa

Art. 19. - (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondenţă electronică sau la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul unităţii sanitare cu paturi declarat în contract.

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

XII. Modificarea contractului

Art. 20. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin 5 zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

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

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinaţia de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale, precum şi prevederile art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

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) Să respecte prevederile Regulamentului (UE) nr.679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abordare a directivei 95/46/CE.

Art. 25 - În cazul în care contractul dintre furnizor si CASMB a fost reziliat în condiţiile prevăzute la art.204, alin. 4 și 5 din H.G. nr. 140/2018, CASMB nu va mai intra în relaţii contractuale cu furnizorul timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. CASMB nu va accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, inregistrarea în niciun alt contract a entităţilor care preiau drepturile şi obligaţiile furnizorului sau care au acelaşi reprezentant legal şi/sau acelaşi acţionariat.

Art. 26 - CASMB va deconta lunar contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate, în limita prevederilor bugetare și a deschiderilor de credite cu această destinație.

Art. 27 - Orice sumă care trebuie recuperată de CASMB de la furnizor este purtătoare de dobânzi şi penalităţi de întârziere, conform prevederilor Legii nr.500/2002 privind finanțele publice cu modificările și completările ulterioare.

Art. 28 - Medicii care îşi desfăşoară activitatea în relaţie contractuală cu Casa de asigurări de sănătate a municipiului Bucureşti, direct sau prin intermediul furnizorilor de servicii medicale, îşi pot continua activitatea, după împlinirea vârstei de pensionare, respectiv 65 ani, la cerere, cu aviz anual eliberat de Direcţia de Sănătate Publică a Municipiului Bucureşti şi de CMR, prin colegiile judeţene ale medicilor sau al municipiului Bucureşti, pe baza certificatului de sănătate. Necesitatea prelungirii activităţii se stabileşte de către Comisia organizată la Direcţiei de Sănătate Publică a Municipiului Bucureşti

Art. 29 - Lipsa avizului Comisiei conduce la excluderea medicului din contractul de furnizare de servicii medicale / incetarea contractului incheiat cu CASMB, dupa caz, incepand cu prima zi a lunii urmatoare implinirii varstei de 65 de ani sau dupa expirarea termenului de valabilitate a avizului anterior

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitaliceşti în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 27.04.2018, în două exemplare a câte 12 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă, și intră în vigoare începand cu data de 01.05.2018.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
Cristina Constanța CĂLINOIU

DIRECTOR EXECUTIV ECONOMIC,
Ec. Ioana Mihaela LUCA

DIRECTOR EXECUTIV RELAŢII CONTRACTUALE,
Dr. Andreea Nicoleta SAFTA

VIZAT,
SERVICIUL JURIDIC CONTENCIOS,

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICESTI

Manager,

Sef serviciu,
Dr.Lavinia MAMULARU

Intocmit,
Cons.Mirela VAMA

SPITALIZARE DE ZI PERIOADA Aprilie-Decembrie 2018

Suma Maxima Contractabila .....

TOTAL VALOARE MAXIMA CONTRACTABILA PENTRU PERIOADA APRILIE-DECEMBRIE 2018 ESTE DE 23809513,67

TOTAL VALOARE CONTRACTABILA PENTRU PERIOADA APRILIE-DECEMBRIE 2018, IN LIMITA BUGETULUI APROBAT, ESTE DE LEI .....18507207,61 LEI, DIN CARE :

1. DRG ..... LEI
2. CRONICI .....18507207,61 LEI
3. SPITALIZARE DE ZI ..... LEI

PROCES VERBAL

INCHEIAT ASTAZI.....24.04.2018.....

Intre

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A MUNICIPIULUI BUCURESTI

Reprezentata prin **PRESEDINTE –DIRECTOR GENERAL** Cristina Constanța CALINOIU

Si urmatoarele persoane care fac parte din comisia de negociere:

Director Relatii Contractuale- Andreea Nicoleta SAFTA

Șef Serviciu Giorgiana BRUMĂ

Şef Serviciu Lavinia MĂMULARU

Si

UNITATEA SANITARA SMA ALLIAN

reprezentata prin

MANAGER.....Ștefan Anca Elena.....

DIRECTOR MEDICAL.....

DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL.....

DRG perioada Aprilie-decembrie 2018

Clasificare	Nr. paturi contractabile	Suma maxima contractabila

CRONICI perioada Aprilie-Decembrie 2018

Denumire sectie	Nr. paturi contractabile	Suma maxima contractabila
Geriatrie	580	23 809 914

CNAS
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI
Sos. Bucuresti - Ploiesti, nr.7, Sector 1, Bucuresti, CP 013682, CIF 11629740
Tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, 031.690.10.02, Fax: 021.314.27.57
TELVERDE: 0800.800.951, E-mail: contact@casmb.ro, Website: www.casmb.ro
CASMB
ROMÂNIA
1918-2018 | SĂRBĂTORIM ÎMPREUNĂ

Nr. inregistrare:126
Data document: 09.07.2018
Tip document: Act Aditional

ACT ADIȚIONAL
la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. U0012/2018

Încheiat între:

Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucureşti, cu sediul în Bucureşti, sos.Bucureşti-Ploieşti, Nr.7, sector 1, tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, fax: 021.314.27.57 reprezentată prin Preşedinte - Director General **Cristina Constanța CĂLINOIU**

şi

INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN, CUI 4283333, cu sediul în Bucuresti, Str. Caldarusani, nr. 9, sector 1, reprezentată prin **DR.STEFAN ANCA ELENA,**

In baza:

- Legea nr. 95 / 2006, privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- prevederile HG nr. 161/2016, pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-Cadru care reglementează condițiile acordării asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, cu modificările și completările ulterioare;
- prevederile Ordinului MS/CNAS nr.196/139/2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr.161/2016;
- HG nr.140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019
- Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/ 2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a HG nr. 140/2018.
- Referatul CAS-MB nr.206/09.07.2018

se stabilesc următoarele:

Art. 1. Se modifică valoarea lunară de contract astfel:

- se diminuează valoarea de contract aferentă Trim I 2018 pentru componenta spitalizare continuă cronici cu suma de 685.773,11 lei și se suplimentează cu aceeași sumă valoarea de contract a lunii noiembrie 2018 pentru aceeași componentă.

Art. 2. Valoarea de contract pentru anul 2018 rămâne 26.369.936,00 lei

Art. 3. Celelalte articole din contract rămân nemodificate.

Prezentul act adiţional a fost încheiat astăzi 09.07.2018 în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
Cristina Constanţa CALINOIU

DIRECTOR EXECUTIV ECONOMIC,
Ec. Ioana Mihaela LUCA

DIRECTOR EXECUTIV RELAŢII CONTRACTUALE,
Dr. Andreea Nicoleta SAFTA

VIZAT,
SERVICIUL JURIDIC CONTENCIOS,

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

REPREZENTANT LEGAL

Şef serviciu,
Dr.Lavinia MĂMULARU

Intocmit,
Cons.Mirela VAMĂ

ANEXA

La contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti
Data: 09.07.2018

Furnizorul de servicii medicale spitalicesti:
INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN
Contract **U0012/2018**

	SUMA CONTRACTATA DRG	SUMA CONTRACTATA CRONICI	SUMA CONTRACTATA SPITALIZARE DE ZI	TOTAL
TRIM I	-	**7.176.955,24**	-	**7.176.955,24**
APRILIE	-	2.548.384,90	-	2.548.384,90
MAI	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IUNIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IULIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
AUGUST	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
SEPTEMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
OCTOMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
NOIEMBRIE	-	771.220,04	-	771.220,04
DECEMBRIE	-	100,00	-	100,00
TOTAL 2018	-	**26.369.936,00**	-	**26.369.936,00**

Presedinte-Director General
Cristina Constanta CATINOIU

Director Executiv Economic
Ioana Mihalea LUCA

Director Executiv Relatii Contractuale
Dr. Andreea Nicoleta SAFTA

Vizat Serviciul Juridic

Furnizor de servicii medicale
Reprezentant legal

Sef serviciu
Lavinia MAMULARU

Intocmit
Mirela VAMĂ

ANEXA
ALOCARE SUME APRILIE-DECEMBRIE 2018
La contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti
Data: 27.04.2018

Furnizorul de servicii medicale spitalicesti:
INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN
Contract
U0012/2018

	SUMA CONTRACTATA DRG	SUMA CONTRACTATA CRONICI	SUMA CONTRACTATA SPITALIZARE DE ZI	TOTAL
IANUARIE	-	2.620.909,45	-	2.620.909,45
FEBRUARIE	-	2.620.909,45	-	2.620.909,45
MARTIE	-	2.620.909,45	-	2.620.909,45
APRILIE	-	2.548.384,90	-	2.548.384,90
MAI	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IUNIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
IULIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
AUGUST	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
SEPTEMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
OCTOMBRIE	-	2.645.545,97	-	2.645.545,97
NOIEMBRIE	-	85.446,93	-	85.446,93
DECEMBRIE	-	100,00	-	100,00
TOTAL 2018	**-**	**26.369.936,00**	**-**	**26.369.936,00**

CASA DE SANATATE A MUNICIPIULUI BUCURESTI

Presedinte Director General
Cristina Constanta CALINOIU

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICESTI

Director Executiv al Directiei Economice
Ec. Ioana Mihaela LUCA

MANAGER

Director Executiv al Directiei Relatii contractuale
Dr. Andreea Nicoleta SAFTA

Vizat,
Juridic, Contencios

Sef serviciu,
Dr.Lavinia MAMULARU

Intocmit,
Cons.Mirela VAMA

CONTRACT NR.U0012

LUNA	SUMA
IANUARIE	2620909.45
FEBRUARIE	2620909.45
MARTIE	2620909.45
TRIMESTRUL I	***7862728.35***
APRILIE	2548384.90
MAI	2645545.97
IUNIE	2645545.97
TRIMESTRUL II	***7839476.84***
IULIE	2645545.97
AUGUST	2645545.97
SEPTEMBRIE	2645545.97
TRIMESTRUL III	***7936637.91***
OCTOMBRIE	2645545.97
NOIEMBRIE	85446.93
DECEMBRIE	100.00
TRIMESTRUL IV	***2731092.90***
TOTAL AN	***26369936.00***

5 IN 66

CNAS
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI
Sos. Bucuresti - Ploiesti, nr.7, Sector 1, Bucuresti, CP 013682, CIF 11629740
Tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, 031.690.10.02, Fax: 021.314.27.57
TELVERDE: 0800.800.951, E-mail: contact@casmb.ro, Website: www.casmb.ro
CASMB
ROMÂNIA 1918 2018 | SĂRBĂTORIM ÎMPREUNĂ

ACT ADIŢIONAL NR. 2192/ 30.03.2018
la contractul de furnizare **de servicii medicale spitalicești**
nr. U0012/2018

Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucureşti, cu sediul în Bucureşti, Şos. Bucureşti-Ploieşti, Nr. 7, sector 1, tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, fax: 021.314.27.57 reprezentată prin Preşedinte - Director General **Cristina Constanța CĂLINOIU**

şi

Furnizorul de **servicii medicale spitalicești** INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN cu sediul social în Bucuresti, Str. Caldarusani, nr. 9, sector 1, având cod de identificare fiscal 4283333 , reprezentat prin DR.STEFAN ANCA ELENA.

Având în vedere

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare
- HG nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii 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 2018-2019,
- Ordinul MS/CNAS nr.397/836/2018 privind aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2018 a HG 140/2018,
- Adresa CNAS nr. RV 2344/27.03.2018 înregistrată la CASMB cu nr. 624/28.03.2018
- Adresa CNAS (Fila de Buget) nr. RV 2385 /29.03.2018, înregistrata la CASMB cu nr. P631/29.03.2018

Părţile convin următoarele:

Art.1 Perioada de valabilitate a contractului de furnizare de **servicii medicale spitalicești** nr.U0012/2018 se prelungeşte până la data de **30.04.2018.**

Art.2.Contractarea şi decontarea **serviciilor medicale spitalicești** în luna aprilie 2018, în baza prezentului act adiţional, se va face din sumele alocate în bugetul FNUASS pentru anul 2018, aprobat pentru CASMB, **conform anexei.**

Art.3 Condiţiile acordării **serviciilor medicale spitalicești** în baza prezentului act adiţional, sunt cele prevăzute de actele normative în vigoare pe perioada derulării contractului.

Art.4. Restul clauzelor din contractul de furnizare **de servicii medicale spitalicești** nr. U0012/2018 rămân neschimbate.

Prezentul act adiţional a fost încheiat in data de 30.03.2018, în 2 (două) exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă, intră în vigoare cu data de 01.04.2018 şi este valabil până la data de 30.04.2018.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Preşedinte - Director general
Cristina Constanţa CĂLINOIU

Director executiv al Direcţiei Economice
Ioana Mihaela LUCA

Director executiv al Direcţiei Relaţii Contractuale
Dr.Andreea Nicoleta ŞAFTA

Vizat
Juridic, contencios

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALICEŞTI

Reprezentant legal

Serviciul SCPSASAUTSARRDM,
Dr.Lavinia MĂMULARU

Întocmit,
Cons. Marius CALIŢA

ANEXA
ALOCARE SUME APRILIE 2018
La contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti
Data: 30.03.2018

Furnizorul de servicii medicale spitalicesti:
INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN
Contract **U0012/2016**

	SUMA CONTRACTATA DRG	SUMA CONTRACTATA CRONICI	SUMA CONTRACTATA SPITALIZARE DE ZI	TOTAL
IANUARIE	-	2.620.909,45	-	2.620.909,45
FEBRUARIE	-	2.620.909,45	-	2.620.909,45
MARTIE	-	2.620.909,45	-	2.620.909,45
APRILIE	-	2.548.384,90	-	2.548.384,90
TOTAL 2018	**-**	**10.411.113,25**	**-**	**10.411.113,25**

CNAS
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI
Şos. Bucureşti - Ploieşti nr. 7, sector 1, Bucureşti, CP 013682, CIF 11629740
Tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, 031.690.10.02, Fax: 021.314.27.57
TELVERDE 0800.800.951, Email: contact@casmb.ro, Adresa web: www.casmb.ro
CASMB

ACT ADIŢIONAL NR.2082/29.12.2017
la contractul de furnizare **de servicii medicale spitalicești**
nr.U0012/2016

Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucureşti, cu sediul în Bucureşti, Şos. Bucureşti-Ploieşti, Nr. 7, sector 1, tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, fax: 021.314.27.57 reprezentată prin Preşedinte - Director General **Cristina Constanța CĂLINOIU**

şi

Furnizorul de **servicii medicale spitalicești INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN** cu sediul social în Bucuresti, Str. Caldarusani, nr. 9, sector 1, având cod de identificare fiscală **4283333** , reprezentat prin **DR.STEFAN ANCA ELENA**

Având în vedere

- Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare
- HG nr.161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii 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 2016-2017, cu modificările şi completările ulterioare,
- Ordinul MS/CNAS nr.196/139/2017 privind aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2017 a HG 161, cu modificările și completările ulterioare,
- H.G. nr.923/2017 privind prelungirea termenului de aplicare a Hotărârii Guvernului nr.161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii 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 2016 - 2017
- Ordinul MS/CNAS nr.1498/1301/2017 pentru prelungirea aplicării prevederilor Ordinului MS/CNAS nr.196/139/2017, privind aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anii 2016 - 2017 a HG nr.161/2016
- Adresa CNAS nr.LM 11081/21.12.2017 înregistrată la CASMB cu nr.1825/21.12.2017

Părțile convin următoarele:

Art.1 Perioada de valabilitate a contractului de furnizare de **servicii medicale spitalicești** nr.**U0012/2016** se prelungeşte până la data de **31.03.2018.**

Art.2.Contractarea şi decontarea **serviciilor medicale spitalicești** în lunile ianuarie – martie 2018, în baza prezentului act adiţional, se va face din sumele alocate în bugetul FNUASS pentru anul 2018, aprobat pentru CASMB, **conform anexei.**

Art.3 Condiţiile acordării **serviciilor medicale spitalicești** în baza prezentului act adiţional, sunt cele prevăzute de actele normative în vigoare pe perioada derulării contractului.

Art.4. Restul clauzelor din contractul de furnizare **de servicii medicale spitlicești** nr.**U0012/2016** rămân neschimbate.

Prezentul act adiţional a fost încheiat in data de 29.12.2017, în 2 (două) exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă, intră în vigoare cu data de 01.01.2018 şi este valabil până la data de 31.03.2018.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Preşedinte - Director general
Cristina Constanta CĂLINOIU

Director executiv al Direcţiei Economice
Ioana Mihaela LUCA

Director executiv al Direcţiei Relaţii Contractuale
Dr.Andreea Nicoleta SAFTA

Vizat
Juridic, contencios

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
MEDICALE SPITALICEȘTI

Reprezentant legal

Serviciul SCPSASAUTSARRDM,
Dr.Lavinia MĂMULARU

Întocmit,
Cons.Mirela VAMĂ

ANEXA
ALOCARE SUME TRIMESTRUL I 2018
La contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti
Data: 29.12.2017

Furnizorul de servicii medicale spitalicesti:
INSTITUTUL NATIONAL DE GERIATRIE SI GERONTOLOGIE ANA ASLAN
Contract **U0012/2016**

	SUMA CONTRACTATA DRG	SUMA CONTRACTATA CRONICI	SUMA CONTRACTATA SPITALIZARE DE ZI	TOTAL
IANUARIE	-	2.620.909,45	-	2.620.909,45
FEBRUARIE	-	2.620.909,45	-	2.620.909,45
MARTIE	-	2.620.909,45	-	2.620.909,45
TOTAL TRIM I 2018	**-**	**7.862.728,35**	**-**	**7.862.728,35**