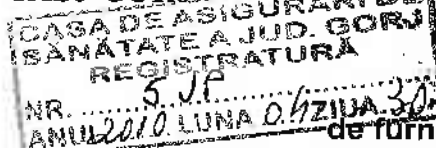


**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI GORJ**

Str. Grivita nr.30, Tg.-Jiu, cod 210126, Gorj, Romania

e-mail: office@casgorj.ro

Tel.: 0253 223.940 / 0253 223.950; Fax: 0253 223.621

**CASJ GORJ****CONTRACT**

de furnizare de servicii medicale spitalicesti

**I. Părțile contractante**

Casa de asigurări de sănătate a județului Gorj, cu sediul în municipiul Tg-Jiu str. Grivița nr 30, județul Gorj, telefon 223940, 223950, fax 223621, reprezentată prin **Președinte - Director General Ec. Elena Cojocar,**

și

**Spitalul Orășenesc Novaci**, cu sediul în Orașul Novaci, str. Gruului, nr. 1, telefon 466482, 466484, fax 466416, e-mail spitalulnovaci@yahoo.com, reprezentat prin **Manager Ec. Eufimia Dumitrescu,**

**II. Obiectul contractului**

**Art. 1. - (1)** Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale in asistenta medicala spitaliceasca in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010 si normelor metodologice de aplicare a acestuia.

**(2)** Activitatile suplimentare si alte obligatii de plata din partea caselor de asigurari de sanatate sunt prevazute in actele aditionale la prezentul contract.

**III. Servicii medicale spitalicesti**

**Art. 2. - (1)** Serviciile medicale spitalicesti se acorda asiguratilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitatile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitatile de asistenta medico-sociala, medicii din centrele de dializa private aflate in relatie contractuala cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, de medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi, 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, precum si de medicii de medicina muncii.

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 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, precum si cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale in vigoare, in vederea recunoasterii biletelor de internare eliberate de catre medicii care isi desfasoara activitatea in aceste unitati. Fac exceptie urgentele medico-chirurgicale, bolile cu potential endemo-epidemic care necesita izolare si tratament, internarile obligatorii pentru bolnavii psihic prevazuti la art. 105, 113 si 114 din Codul penal, precum si cele dispuse prin ordonanta a procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, precum si cazurile care au recomandare de internare intr-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, care beneficiaza de internare fara bilet de internare.

**(2)** Serviciile medicale spitalicesti sunt preventive, curative, de recuperare si paliative si cuprind:

- a) consultatii;
- b) investigatii;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratamente medicale si/sau chirurgicale;
- e) ingrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare si masa.

**IV. Durata contractului**

**Art. 3. -** Prezentul contract este valabil de la data incheierii lui pana la data de 31 decembrie 2010.



**Art. 4.** - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor in situatia prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010.

#### **V. Obligatiile partilor**

**Art. 5.** - Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicesti, autorizati si evaluati, si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate, si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate;

e) sa inmaneze la momentul finalizarii controlului sau, dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale si/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor in termen de maximum 3 zile lucratoare de la data efectuării controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

f) sa deconteze, in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, dar numai dupa indeplinirea obligatiei prevazuta la art. 6 lit. ac), contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, pe baza facturii si a documentelor insotitoare, depuse pana la data prevazuta in contract, cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare, depuse pana la data prevazuta in contract; trimestrial se fac regularizari, in conditiile prevazute in norme;

g) sa tina evidenta externarilor pe asigurat, in functie de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul;

h) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicesti; in cazul serviciilor medicale spitalicesti acordate in baza biletelor de internare, acestea se deconteaza daca biletele de internare sunt cele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

i) sa monitorizeze activitatea desfasurata de spitale in baza contractului incheiat astfel incat decontarea cazurilor externate si raportate sa se incadreze in sumele contractate, functie de realizarea indicatorilor negociati, conform normelor;

j) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de baza persoanelor care nu indeplineau calitatea de asigurat si conditiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, si dispozitive medicale acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere, eliberate de catre acestia. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare

k) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe proprie raspundere.

**Art. 6.** - Furnizorul de servicii medicale spitalicesti are urmatoarele obligatii:

a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate in conformitate cu prevederile legale in vigoare;



b) sa informeze asiguratii cu privire la drepturile si obligatiile prevazute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 si normele de aplicare a acesteia;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate, in mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010 aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010 si ale normelor de aplicare a acestuia, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare;

f) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv cele privind evidententele obligatorii, cele cu regim special si cele tipizate;

g) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului; pentru asiguratii inclusi in programul national cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizati prin actele normative in vigoare;

h) sa respecte programul de lucru si sa-l comunice caselor de asigurari de sanatate, cu avizul conform al directiei de sanatate publica judetene sau a municipiului Bucuresti, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin prezentul contract; avizul conform al directiei de sanatate publica se depune la casa de asigurari de sanatate in termen de maxim 30 de zile de la data semnarii contractului;

i) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

j) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

k) sa utilizeze formularul de prescriptie medicala pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate, care este formular cu regim special, unic pe tara, sa furnizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele prevazute in Lista denumirilor comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii cu si fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, care se aproba prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

l) sa asigure acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala, ori de cate ori se solicita in timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

m) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

n) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeii gravide si sugarilor;

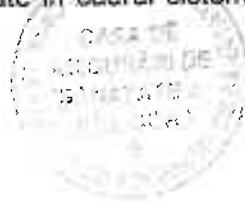
o) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

p) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010;

q) sa respecte protocoalele de practica pentru prescrierea, monitorizarea si decontarea tratamentului in cazul unor afectiuni, elaborate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, conform dispozitiilor legale;

r) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

s) sa asigure acordarea asistentei medicale necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise in baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, referitor la aplicarea regimurilor de securitate sociala salariatilor, lucrarilor independenti si membrilor familiilor acestora care se deplaseaza in interiorul comunitatii, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din



Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

t) sa utilizeze Sistemul informatic unic integrat. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

u) sa solicite documentele justificative care atesta calitatea de asigurat, documente stabilite in conformitate cu prevederile legale in vigoare, in conditiile prevazute in Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010 aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010 si in normele de aplicare a acestuia;

v) sa informeze medicul de familie al asiguratului sau, dupa caz, medicul de specialitate din ambulatoriul, prin scrisoare medicala transmisa direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigatiile, tratamentele efectuate si cu privire la alte informatii referitoare la starea de sanatate a asiguratului; scrisoarea medicala va fi un document tipizat care se intocmeste in doua exemplare, din care un exemplar ramane la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct sau prin intermediul asiguratului; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporara de munca, atunci cand concluziile examenului medical impun acest lucru;

x) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, dupa caz;

y) sa prezinte casei de asigurari de sanatate, in vederea contractarii, indicatorii specifici stabiliti in Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010; precum si nivelul indicatorilor de performanta ai managementului spitalului public asumat prin contractul de management, cu exceptia spitalelor care au manageri interimari, numiti prin ordin al ministrului sanatatii in cazul spitalelor publice din retea Ministerului Sanatatii sau, in cazul ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, prin act administrativ al institutiilor respective;

z) sa transmita institutiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementarilor in vigoare;

w) situatia in care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acorda serviciile medicale de urgenta necesare, avand obligatia sa evalueze situatia medicala a pacientului si sa externeze pacientul daca starea de sanatate a acestuia nu mai reprezinta urgenta; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de catre acesta; spitalul are obligatia de a anunta casa de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienti, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicala a internarii de urgenta; in aceasta situatie casele de asigurari de sanatate deconteaza spitalului contravaloarea serviciilor medicale in conditiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010;

aa) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetul de servicii de baza, pachetul minimal de servicii medicale si pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

ab) sa incaseze sumele reprezentand coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare;

ac) sa afiseze pe pagina web a Ministerului Sanatatii, in primele 5 zile lucratoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate in luna precedenta, conform machetei prevazuta in Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010;

ad) sa verifice biletele de internare in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

ae) sa raporteze lunar casei de asigurari de sanatate numarul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgente, cu evidentierea numarului cazurilor internate, in conditiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul



sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010;

af) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre unitatile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi in vederea internarii, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate;

ag) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre unitatile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi, prescriptia medicala, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la acestia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/ medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din fond;

ah) sa recomande asiguratilor tratamentul adecvat, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, cu incadrarea in sumele alocate cu aceasta destinatie si conform unui buget orientativ, in conditiile stabilite prin norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 262/2010.

#### VI. Modalitati de plata

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

1a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, pentru perioada 01.01.2010-31.12.2010 este de 2.951.725 lei care se stabilește astfel:

- pentru perioada 01.01.2010-31.03.2010, este de 1.220.932 lei:

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2008*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2009**)	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
Medicină internă	249	0,8718	1380	299.567
Chirurgie generală	249	0,8718	1380	299.567
Obst.-ginecologie	249	0,8718	1380	299.567
Neonatalogie	18	0,8718	1380	21.657
Pediatrie	249	0,8718	1380	300.574
<b>TOTAL SPITAL</b>	<b>1014</b>			<b>1.220.932</b>

\*) 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. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2009 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. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

- pentru perioada 01.04.2010-31.12.2010, este de 1.730.793 lei:

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2008*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2009**)	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
Medicină internă	325	0,9967	1390	450.303
Chirurgie generală	307	0,9967	1390	425.322
Obst.-ginecologie	292	0,9967	1390	404.541
Neonatalogie	21	0,9967	1390	29.092
Pediatrie	305	0,9967	1390	421.535
<b>TOTAL SPITAL</b>	<b>1250</b>			<b>1.730.793</b>

*[Signature]*



\*) Indicele de case-mix pentru anul 2009 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 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

\*\*) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2010 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 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

Suma stabilită la pct. 1a) se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I **1.220.932 lei**,  
din care:
  - luna I **464.504 lei**
  - luna II **378.214 lei**
  - luna III **378.214 lei**
- Suma aferentă trimestrului II **1.059.568 lei**,  
din care:
  - luna IV **378.214 lei**
  - luna V **459.049 lei**
  - luna VI **222.305 lei**
- Suma aferentă trimestrului III **667.025 lei**,  
din care:
  - luna VII **390.100 lei**
  - luna VIII **194.245 lei**
  - luna IX **82.680 lei**
- Suma aferentă trimestrului IV **4.200 lei**,  
din care:
  - luna X **1.400 lei**
  - luna XI **1.400 lei**
  - luna XII **1.400 lei**

1b) 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 - prematurii (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale, pentru perioada 01.01.2010-31.12.2010, este de **867.151 lei**, care se stabilește astfel:

- pentru perioada 01.01.2010-31.03.2010, este de **499.734 lei**:

Secția/ compartimentul	Nr. Cazuri externe	Durata optimă de spitalizare sau după caz durata de spitalizare efectiv realizată*)	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
Cronici	183	14	139	356.118
Recuperare medicala fizică	107	12	112	143.616
<b>TOTAL SPITAL</b>	<b>290</b>			<b>499.734</b>

\*) 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. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

- pentru perioada 01.04.2010-31.12.2010, este de **367.417 lei**:

109

Secția/ compartimentul	Nr. Cazuri externate	Durata optimă de spitalizare sau după caz durata de spitalizare efectiv realizată*)	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
Cronici	111	14	189	294.878
Recuperare medicală fizică	38	12	157	72.539
<b>TOTAL SPITAL</b>	<b>149</b>			<b>367.417</b>

\*) Durata optima de spitalizare este prezentata in anexa nr. 19 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 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010.

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 tariful pe zi de spitalizare negociat si este de - lei.

Suma stabilită la pct. 1b) se defalchează lunar si trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I **499.734 lei**,

din care:

- luna I **247.748 lei**

- luna II **125.993 lei**

- luna III **125.993 lei**

- Suma aferentă trimestrului II **351.517 lei**,

din care:

- luna IV **125.993 lei**

- luna V **112.762 lei**

- luna VI **112.762 lei**

- Suma aferentă trimestrului III **7.950 lei**,

din care:

- luna VII **2.650 lei**

- luna VIII **2.650 lei**

- luna IX **2.650 lei**

- Suma aferentă trimestrului IV **7.950 lei**,

din care:

- luna X **2.650 lei**

- luna XI **2.650 lei**

- luna XII **2.650 lei**

1c) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, pentru perioada **01.01.2010-31.12.2010**, este de **86.124 lei**, care se stabilește astfel:

- pentru perioada **01.01.2010-31.03.2010**, este de **47.931 lei**:

Denumire tip serviciu medical spitalicesc	Nr. de servicii medicale contractate	Tariful pe caz rezolvat	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
0	C1	C2	C3=C1xC2
<b>1. Investigații și proceduri în scop diagnostic/tratament</b>	<b>128</b>		<b>36.480</b>
Medicină internă	32	270	8.640
Chirurgie generală	32	300	9.600
Obst.-ginecologie	32	300	9.600
Pediatrie	32	270	8.640

*[Handwritten signature]*



<b>2. Tratament și monitorizare pentru afecțiuni</b>	<b>44</b>		<b>11.451</b>
Recuperare medicala fizică și balneologie	44	260	11.451
<b>TOTAL</b>	<b>172</b>		<b>47.931</b>

\*) Tariful pe serviciu medical se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 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 rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, cu încadrarea în valoarea de contract.

- pentru perioada **01.04.2010-31.12.2010**, este de **38.193 lei**:

Denumire tip serviciu medical spitalicesc	Nr.de servicii medicale contractate	Tariful pe caz rezolvat	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
0	C1	C2	C3=C1xC2
<b>1. Investigații și proceduri în scop diagnostic/tratament</b>	<b>84</b>		<b>32.520</b>
Medicină internă	21	370	7.770
Chirurgie generală	24	400	9.600
Obst.-ginecologie	24	400	9.600
<b>Pediatrie</b>	<b>15</b>	<b>370</b>	<b>5.550</b>
<b>2. Tratament și monitorizare pentru afecțiuni</b>	<b>15</b>		<b>5.673</b>
Recuperare medicala fizică și balneologie	15	370	5.673
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>		<b>38.193</b>

\*) Tariful pe serviciu medical se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 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 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

Tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate, și nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanțate în sistem DRG;

- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanțate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități.

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG și tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale.

Suma stabilită la pct. 1c) se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I **47.931 lei**,





din care:

- luna I 23.971 lei
- luna II 11.980 lei
- luna III 11.980 lei
- Suma aferentă trimestrului II 35.973 lei,

din care:

- luna IV 11.991 lei
- luna V 11.991 lei
- luna VI 11.991 lei
- Suma aferentă trimestrului III 1.110 lei,

din care:

- luna VII 370 lei
- luna VIII 370 lei
- luna IX 370 lei
- Suma aferentă trimestrului IV 1.110 lei,

din care:

- luna X 370 lei
- luna XI 370 lei
- luna XII 370 lei

(2) Suma stabilita pentru serviciile spitalicesti pe anul 2010 este de 3.905.000 lei.

(3) Suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti contractate stabilita pentru anul 2010 se defalcheaza lunar si trimestrial dupa cum urmeaza:

- Suma aferentă trimestrului I 1.768.597 lei,

din care:

- luna I 736.223 lei
- luna II 516.187 lei
- luna III 516.187 lei
- Suma aferentă trimestrului II 1.447.058 lei,

din care:

- luna IV 516.198 lei
- luna V 583.802 lei
- luna VI 347.058 lei
- Suma aferentă trimestrului III 676.085 lei,

din care:

- luna VII 393.120 lei
- luna VIII 197.265 lei
- luna IX 85.700 lei
- Suma aferentă trimestrului IV 13.260 lei,

din care:

- luna X 4.420 lei
- luna XI 4.420 lei
- luna XII 4.420 lei

(4) Lunar, pana la data de ..... a lunii urmatoare celei pentru care se face plata, dar numai dupa indeplinirea obligatiei prevazuta la art. 6 lit. (ac), casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse la casa de asigurari de sanatate pana la data de ..... , cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse la casa de asigurari de sanatate pana la data de

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



(5) Trimestrial, pana la data de ..... a lunii urmatoare incheierii trimestrului, se fac regularizarile si decontarile, in limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs pentru serviciile medicale realizate si raportate conform prezentului contract pana la aceasta data, conform facturilor insotite de documentele justificative, urmand ca regularizarea finala a trimestrului IV sa se efectueze in luna ianuarie a anului urmand.

(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 conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010 si in conditiile in care cazurile externate sunt persoane asigurate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

Casele de asigurari de sanatate nu deconteaza mai mult de 40 % 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 prezentul contract, 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% la valoarea de contract lunara.

(8) Retinerea sumei conform alin. (7) se face, din prima plata care urmeaza a fi efectuata.

(9) Casele de asigurari de sanatate, prin Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, anunta Ministerul Sanatatii, respectiv ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie, odata cu prima constatare, despre situatiile prevazute la alin. (7) in vederea luarii masurilor ce se impun.

**Art. 8.** - Plata serviciilor medicale spitalicesti se face in contul nr. RO20TREZ3395041XXX000307 deschis la Trezoreria Novaci.

#### **VII. Calitatea serviciilor medicale**

**Art. 9.** - Serviciile medicale furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

#### **VIII. Raspunderea contractuala**

**Art. 10.** - Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza daune-interese.

**Art. 11.** - Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurari de sanatate a incheiat contract este direct raspunzator de corectitudinea datelor raportate. In caz contrar se aplica prevederile legislatiei in vigoare.

#### **IX. Clauze speciale**

**Art. 12.** - (1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte, in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora 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 condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

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



**Art. 14.** - In cazul reorganizarii unitatii sanitare cu paturi, prin desfiintarea acesteia si infiintarea concomitenta a unor noi unitati sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridica, prezentul contract aflat in derulare, se preia de drept de catre noile unitati sanitare infiintate, corespunzator drepturilor si obligatiilor aferente noilor structuri.

#### **X. Incetarea si suspendarea contractului**

**Art. 15. - (1)** Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti, incheiat cu casa de asigurari de sanatate, se modifica in sensul suspendarii sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisa, in urmatoarele situatii:

a) una sau mai multe sectii nu mai indeplinesc conditiile de contractare; suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii;

b) incetarea termenului de valabilitate la nivelul sectiei/sectiilor, a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar; respectiv a dovezii de evaluare, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face pana la obtinerea noii autorizatii sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe baza de documente justificative prezentate casei de asigurari de sanatate.

(2) Prevederile art. 18 si art. 20 din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin HG nr. 262/2010, nu se aplica unitatilor sanitare cu paturi.

**Art. 16.** - Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

d) acordul de vointa al partilor;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal.

**Art. 17.** - Situatiile prevazute la art. 15 alin. (1) si la art. 16 lit. b) si c) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatiile prevazute la art. 15 lit. a) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

#### **XI. Corespondenta**

**Art. 18.** - Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul partilor.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 3 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarile survenite.

#### **XII. Modificarea contractului**

**Art. 19.** - Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin ..... zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

**Art. 20. - (1)** In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractata poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondurilor aprobate cu destinatia de servicii medicale spitalicesti, inclusiv medicamente in spital, avandu-se in vedere conditiile de contractare a sumelor initiale, precum si prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sanatatii 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 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010.

**Art. 21.** - Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

Daca inceteaza termenul de valabilitate al autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reînnoirii autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe toata durata de valabilitate a contractului.

### XIII. Solutionarea litigiilor

**Art. 22.** - (1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj sau, dupa caz, a instantelor de judecata.

### XIV. Alte clauze

(1) Decontarea serviciilor medicale contractate se realizează în limitele prevederilor bugetare trimestriale aprobate, precum si a creditelor bugetare lunare deschise de ordonatorul principal de credite.

(2) Valoarea contractului pe anul 2010 include și valoarea serviciilor medicale contractate pentru perioada ianuarie – aprilie 2010 în baza actelor adiționale la contractul pe anul 2009.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicesti in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi, 30.04.2010..... in doua exemplare a cate 12 pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

## CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE GORJ

Președinte - Director general,  
Ec. Elena Cojocaru

Director Executiv -  
Direcția ec. și management  
Ec. Cosma Dumitrescu

Director executiv -  
Direcția relații cu furnizorii  
Ec. Daniel C-tin Șurlea

Vizat  
Compartiment juridic și contencios

## FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,  
Ec. Ecaterina Dumitrescu

Director medical  
Dr. Vitalie Moroșanu

Director financiar contabil,  
Ec. Ghe. Gheorghijoiu

