

**CONTRACT**  
**de furnizare de servicii medicale spitalicești**

**I Părțile contractante**

**Casa de Asigurări de Sănătate Salaj**, cu sediul în municipiul Zalau, str. Unirii nr. 20, județul Salaj, telefon 0260613242, fax 0260612614, reprezentată prin președinte - director general dr. Tautu Marius,

și

**Unitatea sanitară cu paturi Spitalul Orasenesc Simleu Silvaniei**, cu sediul în Șimleu Silvaniei, str. George Coșbuc nr. 29, telefon 0260679384, fax 0260679237, adresa e-mail: spitalsimleu@yahoo.com, reprezentat prin MATYAS IOSIF, având actul de înființare sau de organizare Decizia nr. 266/22.12.1986, autorizația sanitară de funcționare 726 din data 27-11-2008, dovada de evaluare 8 din data 27-04-2007, codul unic de înregistrare 4291530 și contul nr. RO18TREZ5635041XXX000132 deschis la TREZORERIA SIMLEU SILVANIEI, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor MPX nr. 0021163, cat și pentru personalul medico-sanitar angajat (valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului) nr. 1456, dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate conform prevederilor legale în vigoare nr. 8335/2009, lista de servicii medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și impun internarea; lista materialelor sanitare și a denumirilor comune internaționale - DCI utilizate pe perioada spitalizării, cu menționarea DCI-urilor care pot fi recomandate pacienților internați, a acelorora dintre acestea care pot fi prescrise de orice medic din spitalul respectiv și a DCI-urilor care pot fi prescrise cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului.

**II. Obiectul contractului**

**ART. 1**

(1) Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

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

**III. Servicii medicale spitalicești**

**ART. 2**

(1) Serviciile medicale spitalicești se acordă pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, a medicilor din unitățile de asistență medico-socială, a medicilor din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate precum și a medicilor care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică. Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către medicii din aceste unități. Fac excepție urgențele medico-chirurgicale, bolile cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și tratament, internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care beneficiază de internare fără bilet de trimitere.

(2) Aceste servicii constau în:

- a) consultații;
- b) investigații;



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

#### IV. Durata contractului

##### ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data de 01-05-2009 până la data de 31-12-2009.

##### ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate 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.

#### V. Obligațiile părților

##### ART. 5

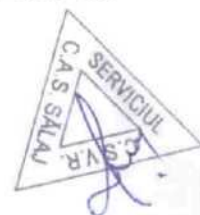
Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista acestora, precum și valoarea de contract, pentru informarea asiguraților, actualizate dacă este cazul;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;
- d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;
- e) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;
- f) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzută la art. 6 lit. ab), contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare;
- g) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;
- h) să deconteze furnizorilor de servicii medicale cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

##### ART. 6

Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile art. 238 și art. 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului, referitor la actul medical;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, pe perioada de valabilitate a cardului, respectiv pentru beneficiarii ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, cât și pentru beneficiarii ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni



consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an, conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

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

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

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

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

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

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

k) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care, medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială, în concordanță cu diagnosticul, în situația în care se eliberează prescripție medicală la externare;

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

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

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

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

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

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

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

s) să acorde asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state membre cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, prin scrisoare medicală transmisă direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului;

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

y) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

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

w) situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia



nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

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

ab) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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

## VI. Modalități de plată

### ART. 7

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

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

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2008*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2009**)	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Boli infectioase	124	0,7663	1.075,00	102.147,80
Medicina interna	236	0,7663	1.075,00	194.410,32
Neonatologie (nn si nascuti)	168	0,7663	1.075,00	138.393,76
Neurologie	104	0,7663	1.075,00	85.672,32
Pediatrie si compartiment TI	404	0,7663	1.075,00	332.804,08
Chirurgie generala	404	0,7663	1.075,00	332.804,08
Obstetrica-Ginecologie	472	0,7663	1.075,00	388.820,60
Ortopedie si traumatologie	104	0,7663	1.075,00	85.672,32
<b>TOTAL</b>				<b>1.660.725,28</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.

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăsește în Anexa 1.

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

Secția / Compartimentul	Nr. cazuri externate	Durată optimă de spitalizare sau după caz durata de spitalizare efectiv realizată*)	Tarif pe zi de spitalizare / secție / compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Pneumologie	40	40	152,00	243.200,00
Recuperare, medicina fizica si balneologie	160	12	170,00	326.400,00
<b>TOTAL</b>				<b>569.600,00</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.

Lista cu defalcarea pe luni a sumei de mai sus se regăsește în Anexa 2.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Număr paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat și este de 0,00 lei

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

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

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

Secția	Cazuri spitalizare de zi	Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciul medical negociat*	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
<b>TOTAL</b>				0,00

\*) 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. 1.714/2008, 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.

**(2) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2009 este de : 4.531.859,79 lei**

2.1 Suma de: 2.156.515,73 lei, aferenta perioadei: ianuarie 2009- aprilie 2009, și suma de: 167.534,24 lei aferenta lunii dec. 2008, au fost angajate și contractate conform contractului 1456/01.04.2008 și nu fac obiectul prezentului contract;

2.2 Suma stabilită în baza prezentului contract, pentru perioada: mai – decembrie 2009 este de: 2.230.325,28 lei;

2.3 Suma stabilită în baza „II Actului aditional”, pentru perioada mai – decembrie 2009 este de: 41.319,92 lei;

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2009 se defalcchează trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului II 1.085.742,40 lei ,  
din care:
- luna V 542.871,20 lei,
- luna VI 542.871,20 lei,
- Suma aferentă trimestrului III 1.100.452,56 lei ,  
din care:
- luna VII 542.871,20 lei,
- luna VIII 542.871,20 lei,
- luna IX 14.710,16 lei,
- Suma aferentă trimestrului IV 44.130,48 lei ,  
din care:
- luna X 14.710,16 lei,
- luna XI 14.710,16 lei,
- luna XII 14.710,16 lei



(4) Lunar, până la data de: conform art. 36 din OUG 34/2009, a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, 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 realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(5) Trimestrial, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se va face până la data de 20 decembrie a anului în curs.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 50% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(7) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage după sine diminuarea valorii de contract după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de cu 3% la valoarea de contract lunara;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 5% la valoarea de contract lunară.

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată.

Odată cu prima constatare casele de asigurări de sănătate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie despre situațiile respective în vederea luării măsurilor ce se impun.

#### ART. 8

Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. RO18TREZ5635041XXX000132 deschis la TREZORERIA SIMLEU SILVANIEI.

### VII. Calitatea serviciilor medicale

#### ART. 9

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate elaborate în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament.

### VIII. Răspunderea contractuală

#### ART. 10

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

#### ART. 11

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

### IX. Clauza specială

#### ART. 12

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

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

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

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
SERVICIUL C.S.V.A.

perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nici o obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

#### X. Înțetarea, modificarea și suspendarea contractului

##### ART. 14

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

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

##### ART. 15

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

- a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

##### ART. 16

Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 lit. b), c) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la art. 15 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

#### XI. Corespondența

##### ART. 17

Correspondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

#### XII. Modificarea contractului

##### ART. 18

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 15 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

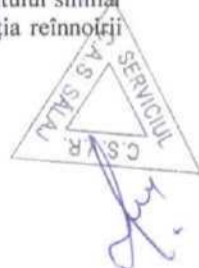
##### ART. 19

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

##### ART. 20

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului. Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.



### XIII. Soluționarea litigiilor

#### ART. 21

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

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

#### ART. 22

Hotărârile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

### XIV. Alte clauze

- ✓ Furnizorul are obligația să depună factura însoțită de documentele justificative, lunar, în primele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face plata, iar pentru perioada 1-15 până la data de 17 alunii. Prin termen de raportare se înțelege data înregistrării facturii la registratura Casei de Asigurări de Sănătate Salaj.
- ✓ Nerespectarea termenelor de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate.
- ✓ Completarea necorespunzătoare a documentației depuse spre verificare și decontare, îndreptățește refuzul Casei de Asigurări de Sănătate Salaj la plata serviciilor respective până la data când furnizorul va îndeplini condițiile prevăzute în actele normative în vigoare referitoare la raportarea activității desfășurate.
- ✓ Furnizorul are obligația să raporteze serviciile prestate, în formatul solicitat de CAS Salaj, în format letric și electronic fie pe suport magnetic, fie pe email de la adresa furnizorului. Raportarea serviciilor medicale spitalicești se va face la adresa de email: rodica@cassalaj.ro, cu solicitarea, din partea furnizorului, a confirmării de primire.
- ✓ Decontarea serviciilor medicale se face în limita valorii contractate, defalcate trimestrial și lunar.

Prezentul contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări de sănătate a fost încheiat astăzi 30-04-2009 în două exemplare a câte 15 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

#### CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Presedinte - Director general,  
DR. MARIUS TAUTU

p. Director executiv al Direcției management și  
Economic,  
EC. NAE GABRIEL

p. Director executiv al Direcției Relații cu Furnizorii  
Ec. TRAIAN MAXIM

Vizat

Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale

#### FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,

Directorul medical,

Directorul financiar-contabil,

Directorul de îngrijiri,