

ACT ADITIONAL nr.8/30.04.2015
La contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr.3SP/01.07.2014

Intre,

Casa de asigurări de sănătate Galati, cu sediul în municipiul/orașul Galati, str. Mihai Bravu nr. 42, județul/sectorul Galati, telefon 0236/410111, fax 0236/413462, reprezentată prin **președinte - director general Dr. Elena VRABIE**,

Și

Unitatea sanitară cu paturi **Spitalul Orasenesc Tg.Bujor**, cu sediul în loc.Tg.Bujor – jud.Galati, str. General Eremia Grigorescu nr.97, telefon: fix 0236/340962, fax 0236/340962, e-mail spitaltgubujor@yahoo.com, reprezentată prin **Manager jr. Doina CUCU**,

Avand in vedere:

- Hotararea Guvernului nr.400/2014 pentru aprobarea Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014-2015,cu modificarile si completarile ulterioare;
- prevederile Ordinului ministerului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr.388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a HG nr.400/2014, pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari de sanatate pentru anii 2014-2015,cu modificarile si completarile ulterioare;
- adresa CNAS cu nr. P2914/31.03.2015, inregistrata la CAS Galati cu nr. PDG/518/31.03.2015.

Partile au convenit incheierea prezentului act aditional pentru modificarea Contractului nr. 3SP/01.07.2014, dupa cum urmeaza:

Art.1 Art.1 se modifica si va avea urmatorul continut:

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, cu modificările și completările ulterioare și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Art.2 ART. 2 (2) se modifica si va avea urmatorul continut:

2) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

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

Art.3 Art.3 se modifica si va avea urmatorul continut:

Art 3. Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2015.

Art. 4 Art. 5, literele b),i), l) se modifica si vor avea urmatorul continut:

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

i) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, 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 depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

l) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

Art. 5 Art.6 se modifica si va avea urmatorul continut:

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

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
- f) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.
- g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;
- h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;
- k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, până la data implementării prescripției electronice pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;
- m) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;
- n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;
- p) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;
- q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;
- r) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;
- ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în

aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ț) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

v) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile medicale spitalicești de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora a cărei cuantum este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

w) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

x) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

y) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor.

z) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

aa) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise 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; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire 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 prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

ab) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului.

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

ad) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ae) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

af) să raporteze corect și complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și al Ministerului Sănătății; spitalul care nu are pagină web proprie informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum;

ag) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa nr. 48 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

ah) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală elaborate și aprobate conform prevederilor legale;

ai) să afișeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate;

aj) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

ak) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienților din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui

contract încheiat cu unități specializate, autorizate și evaluate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

al) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicească.

am) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/ adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripțiamedicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ap) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

aq) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi.

ar) să elibereze pentru asigurații internați 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 depune spitalul la contractare, cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate și cu medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital.

Art.6 Articolul 7 se modifica si va avea urmatorul continut:

ART. 7 (1) Valoarea totală contractată **pe anul 2015** 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, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014: **2.271.220,29** lei (anexa nr.1 la prezentul act aditional);

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

Perioada ianuarie-martie 2015

Nr.crt.	Tip serviciu medical	Numar de servicii medicale	Tarif pe caz rezolvat/serviciu medical negociat(lei)	Suma corespunzatoare serviciilor medicale contractate(lei)
C1.	C2.	C3.	C4.	C5=C3*C4
1	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclul menstrual regulat	3	322.47	967.41
2	Infectiile vezicii urinare in sarcina	6	124.99	749.94
3	Ingrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterina datorita unei interventii chirurgicale anterioare	0	457.85	0.00
4	Alte sangerari anormale specificate ale uterului si vaginului	0	385.34	0.00
5	Hiperemeza gravidica usoara	3	124.98	374.94
6	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	0	587.69	0.00
7	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	0	578.96	0.00
8	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	0	583.42	0.00
9	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	0	585.12	0.00
10	Dilatarea si curetajul dupa avort sau pentru intrerupere de sarcina	0	459.36	0.00

11	Plaga deschisa a degetului (degetelor) fara vatamarea unghiei	0	239.49	0.00
12	Plaga deschisa a altor parti ale pumnului si mainii	0	242.02	0.00
13	Alte ingrijiri medicale specificate	0	316.38	0.00
14	Amplasarea si ajustarea unei proteze urinare	0	124.44	0.00
15	Alta durere abdominala si nespecificata	0	132.74	0.00
16	Unghia incarnata	3	290.29	870.87
17	Urticaria alergica (fara Edem Quinke)	0	202.71	0.00
18	Dispepsia	3	177.65	532.95
19	Tumora lipomatoasa benigna a pielii si a tesutului subcutanat al trunchiului	0	222.76	0.00
20	Indeprtarea corpiilor straini din tegument si tesutul subcutanat cu incizii	3	443.48	1,330.44
21	Repararea plagilor tegumentare si ale tesutului subcutanat, implicand tesuturile mai profunde	3	541.15	1,623.45
22	Debridarea excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	6	541.37	3,248.22
23	Incizia si drenajul abceselor tegumentelor si ale tesutului subcutanat	3	511.12	1,533.36
24	Debridarea non excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	3	160.81	482.43
25	Infectia intestinala bacteriana, nespecificata, fara coprocultura	3	296.88	890.64
26	Malnutritia proteino-energetica usoara	0	348.02	0.00
27	Rino-faringita acuta [gutuiraui comun] pentru copii 0-5 ani	0	166.69	0.00
28	Pneumonia virala, nespecificata	0	370.49	0.00
29	Dispepsia	3	177.65	532.95
30	Urticaria alergica (fara Edem Quinke)	0	202.71	0.00
31	Alta durere abdominala si nespecificata	3	132.74	398.22
32	Hipertensiunea esentiala (primara)	3	220.54	661.62
33	Cardiopatie ischemica cronica, nespecificata, fara coronarografie	12	290.71	3,488.52
34	Pneumonia, nespecificata	0	370.49	0.00
35	Dispepsia	3	177.65	532.95
36	Alte boli specificate ale vezicii biliare	3	259.30	777.90
37	Gonartroza primara, bilaterala	0	199.82	0.00
38	Infectia tractului urinar, cu localizare nespecificata	6	203.13	1,218.78
39	Lumbago cu sciatică	6	343.56	2,061.36
40	Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă	18	49.61	892.98
	TOTAL	96	X	23,169.93

Perioada aprilie-decembrie 2015

Nr.crt.	Tip serviciu medical	Numar de servicii medicale	Tarif pe caz rezolvat/serviciu medical negociat(lei)	Suma corespunzatoare serviciilor medicale contractate(lei)
C1.	C2.	C3.	C4.	C5=C3*C4
1	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclu menstrual regulat	9	326.32	2,936.88
2	Infectiile vezicii urinare in sarcina	18	125.54	2,259.72
3	Ingrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterina datorita unei interventii chirurgicale anterioare	8	462.60	3,700.80
4	Alte sangerari anormale specificate ale uterului si vaginului	8	387.33	3,098.64
5	Hiperemeza gravidica usoara	9	123.13	1,108.17
6	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	8	388.17	3,105.36
7	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	8	386.88	3,095.04
8	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	8	215.56	1,724.48
9	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	8	217.45	1,739.60
10	Dilatatarea si curetajul dupa avort sau pentru intrerupere de sarcina	40	216.67	8,666.80
11	Plaga deschisa a degetului (degetelor) fara vatamarea unghiei	8	241.42	1,931.36
12	Plaga deschisa a altor parti ale pumnului si mainii	8	238.83	1,910.64

13	Alte ingrijiri medicale specificate	40	320.78	12,831.20
14	Amplasarea si ajustarea unei proteze urinare	40	125.13	5,005.20
15	Unghia incarnata	17	293.73	4,993.41
16	Urticaria alergica (fara Edem Quinke)	16	200.59	3,209.44
17	Dispepsia	33	178.17	5,879.61
18	Tumora lipomatoasa benigna a pielii si a tesutului subcutanat al trunchiului	8	220.70	1,765.60
19	Indeprtarea corpilor straini din tegument si tesutul subcutanat cu incizie	17	449.25	7,637.25
20	Repararea plagilor tegumentare si ale tesutului subcutanat, implicand tesuturile mai profunde	17	548.85	9,330.45
21	Debridarea excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	18	578.96	10,421.28
22	Incizia si drenajul abceselor tegumentelor si ale tesutului subcutanat	17	518.27	8,810.59
23	Debridarea non excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	9	162.18	1,459.62
24	Infectia intestinala bacteriana, nespecificata, fara coprocultura	9	299.35	2,694.15
25	Malnutritia proteino-energetica usoara	8	352.97	2,823.76
26	Rino-faringita acuta [guturaiul comun] pentru copii 0-5 ani	8	166.03	1,328.24
27	Pneumonia virala, nespecificata	8	366.82	2,934.56
28	Dispepsia	9	178.61	1,607.49
29	Urticaria alergica (fara Edem Quinke)	8	201.51	1,612.08
30	Alta durere abdominala si nespecificata	9	132.48	1,192.32
31	Hipertensiunea esentiala (primara)	80	222.88	17,830.40
32	Cardiopatie ischemica cronica, nespecificata, fara coronarografie	101	294.42	29,736.42
33	Pneumonia virala, nespecificata	24	368.21	8,837.04
34	Dispepsia	81	175.79	14,238.99
35	Alte boli specificate ale vezicii biliare	25	260.82	6,520.50
36	Gonartroza primara, bilaterala	17	198.23	3,369.91
37	Infectia tractului urinar, cu localizare nespecificata	17	204.09	3,469.53
38	Lumbago cu sciatică	18	344.44	6,199.92
39	Alta durere abdominala si nespecificata	16	133.36	2,133.76
40	Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă	170	97.99	16,658.30
	TOTAL	980	X	229,808.51

*) Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .388/186/ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerul Sănătății, pentru cazurile neinternate, precum și numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești **pe anul 2015 este de 2,524,198.73 lei.**

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul **2015** se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuti, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronici, servicii paliative, după cum urmează:

Spitalizare continuă acuti(DRG) : **2,271,220.29 lei**

- Suma aferentă trimestrului I **680,538.99 lei**, din care:

- luna I **226,846.33 lei**

- luna II **226,846.33 lei**

- luna III **226,846.33 lei**

- Suma aferentă trimestrului II **772,752.50 lei**, din care:

- luna IV **225,881.50 lei**

- luna V **273,435.50 lei**

- luna VI **273,435.50 lei**

- Suma aferentă trimestrului III **800,096.05 lei**, din care:

- luna VII **273,435.50 lei**

- luna VIII **273,435.50 lei**

- luna IX **253,225.05 lei**

- Suma aferentă trimestrului IV **17,832.75 lei**, din care:

- luna X **5,944.25 lei**

- luna XI 5,944.25 lei
- luna XII 5,944.25 lei.

Spitalizare de zi : 252,978.44 lei

- Suma aferentă trimestrului I 23,169.93 lei, din care:
 - luna I 7,723.31 lei
 - luna II 7,723.31 lei
 - luna III 7,723.31 lei
- Suma aferentă trimestrului II 63,705.51 lei, din care:
 - luna IV 8,141.51 lei
 - luna V 27,814.84 lei
 - luna VI 27,749.16 lei
- Suma aferentă trimestrului III 83,149.49 lei, din care:
 - luna VII 27,749.16 lei
 - luna VIII 27,749.16 lei
 - luna IX 27,651.17 lei
- Suma aferentă trimestrului IV 82,953.51 lei, din care:
 - luna X 27,651.17 lei
 - luna XI 27,651.17 lei
 - luna XII 27,651.17 lei

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial 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 sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare și în condițiile prevăzute la același articol.

(6) Lunar, până la data de 25 a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 9, 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 justificative depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 20.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

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/transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract de la data de 1 aprilie 2015 până la data de 30 noiembrie, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(8) 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 capitolul II litera F punctul 3 din anexa nr. 1 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare 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 25% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(9) Contractarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Art.7 Articolul 8 se modifica si va avea urmatorul continut:

ART. 8 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a) - ae), ag) - al), ap) - ar) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;
- b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;
- c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) Nerespectarea obligației de către unitățile sanitare cu paturi prevăzută la art. 6 alin. (1) lit. af) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

- a) reținerea 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) reținerea 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 față de procentul prevăzut la lit. a).
- c) pentru raportarea incorectă /incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 6 lit. ao), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;
b) la a doua constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligației de la art. 6 lit. ao) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.

(5) Reținerea sumei potrivit alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

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

(7) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (2).

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

Art.8 Articolul 21(2) se modifica si va avea urmatorul continut:

(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, inclusive medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 9 Celelalte prevederi ale Contractului raman nemodificate.

Prezentul act aditional face parte integranta din contractul de furnizare a serviciilor medicale spitalicesti în cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate nr. 3SP/01.07.2014 si a fost încheiat astazi, 30.04.2015, în doua exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractanta.

Restul clauzelor din contract raman neschimbate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE GALATI
Presedinte - Director general
Dr.Elena VRABIE

Spitalul Orasenesc Targu Bujor
Manager
Jr. Doina CUCU

Director executiv al Directiei economice,
Ec.Iulia PETCU

Director financiar-contabil
Ec.Victoria GHEONEA

Director executiv al Directiei relații contractuale
Ec.Oana DOCAN

Vizat
Juridic, contencios

Intocmit,
Ec. Ionel Dumitrascu

di/di/30.04.2015