



**CONTRACT
NR.2H/01.05.2015**

pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu pentru bolnavii incluși în Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică

Părțile contractante:

Casa de Asigurări de Sănătate Galati, cu sediul în municipiul/orașul Galati , str.Mihai Bravu nr.42 , județul Galati , telefon: 0236410111, fax:0236413462 , reprezentată prin **Președinte-Director General Dr.Elena Vrabie** ,

și

Unitatea sanitară : Spitalul Clinic de Urgenta "Sf.Ioan", cu sediul în Galati , str.Gheorghe Asachi nr.2 , telefon: 0236469100, fax: 0236469849 , **reprezentată prin Manager Dr.Victorita Stefanescu** ,

având actul de înființare/organizare nr.455/08.12.1986 , Autorizația sanitară de funcționare nr.37035/26.11.2014, Dovada de evaluare nr.23/31.03.2015 , codul fiscal 3346875 și contul nr.RO28TREZ30621F332100XXXX , deschis la Trezoreria Galati , dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata **Contractului nr.2H/01.05.2015** având în vedere:

- Titlul II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015-2016;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2015-2016;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 698/2010 pentru aprobarea Normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, cu furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 256/2013 pentru aprobarea machetelor de raportare fără regim special a



indicatorilor specifici și a Metodologiei transiterii rapoartelor aferente programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, cu modificările și completările ulterioare;

Casa de Asigurări de Sănătate Galați și Furnizorul au încheiat prezentul contract pentru furnizarea serviciilor în următorii termeni și condiții:

Contractul este format din:

Partea 1 - Volumul estimat de servicii;

Partea a 2-a - Prevederi operaționale;

Anexa - Condiții obligatorii și suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu.

Fiecare parte și anexa la contract sunt parte integrantă a prezentului contract.

PARTEA 1

Volumul estimat de servicii

I. Bolnavi beneficiari ai "Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică" contractați

Tabelul de mai jos prezintă volumul estimat de servicii corespunzător perioadei contractate (astfel cum este definit în partea a 2-a a prezentului contract).

| Serviciul | Volum contractat estimat | Valoarea contractata estimata (lei) |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Nr. bolnavi pentru hemodializa conventionala | 9 | |
| Nr. sedintede hemodializa conventionala pentru bolnavi constanti | 1.262 | 625.952,00 |
| Valoare totala contract | | 625.952,00 |

Valoarea totală a contractului de la data intrării în vigoare și până la data de 31.12.2015 este de **625.952,00 lei**, calculată la tarifele prevăzute la clauzele 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 și 6.1.4, respectiv tarifele prevăzute în Ordinul nr. 185/ 2015 pentru aprobarea Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, denumite în continuare norme tehnice, din care :

A). Hemodializa conventionala : 625.952,00 lei, din care :

Ianuarie : 66.960,00 lei ,

Februarie : 55.056,00lei ,

Martie : 48.112,00 lei

Trimestrul I :170.128,00 lei ,

Aprilie :57.040,00 lei ,

Mai : 55.552,00 lei ,

Iunie : 55.552,00 lei ,



Trimestrul II: 168.144,00 lei ,

Iulie :55.552,00 lei ,

August: 55.552,00 lei ,

Septembrie: 55.552,00 lei ,

Trimestrul III: 166.656,00 lei ,

Octombrie: 55.552,00 lei ,

Noiembrie : 34.224,00 lei ,

Decembrie : 31.248,00 lei ,

Trimestrul IV: 121.024,00 lei .

II. Modificări ale volumului estimat

A. Furnizorul trebuie să aibă o capacitate suficientă pentru furnizarea volumului estimate de servicii pentru bolnavii asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

B. Volumul efectiv al serviciilor furnizate conform prezentului contract depinde de numărul de servicii solicitate Furnizorului pentru bolnavii asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate, sub condiția plafonului de plăți, conform clauzei 6.4.

C1. În cazul în care pe durata executării contractului există situația în care un bolnav constant a întrerupt tratamentul (transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire din program) și se vacantează un loc în centrul de dializă, Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre această situație la sfârșitul fiecărei perioade de raportare.

C2. În cazul în care pe durata executării contractului Furnizorul primește noi adeziuni de la bolnavii nou-incluși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, pentru efectuarea dializei în centru, Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre aceste solicitări, va preciza că este un bolnav nou-introdus pe un post vacantat prin ieșirea din Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică (transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire din program) sau că este un bolnav nou-introdus pe un loc liber creat prin transferul definitiv al unui bolnav constant într-un alt centru care are un loc vacantat, îl va raporta ca bolnav nou-tratat în centru, cu încadrarea în numărul total de bolnavi contractat pe tipuri de dializă și în valoarea de contract și va informa casa de asigurări de sănătate dacă poate sau nu să onoreze această cerere.

Pentru bolnavii nou-introduși care nu au putut fi incluși pe un post liber sau vacantat în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, casa de asigurări de sănătate va transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate spre analiză, trimestrial aceste situații, putând încheia în acest sens acte adiționale, cu încadrarea în numărul total de



bolnavi cuprinși în acest program și a fondurilor aprobate cu această destinație prin buget, în anul în curs.

C3. În cazul în care un pacient constant al unui centru de dializă își exprimă adeziunea de a se transfera definitiv în alt centru de dializă, acest lucru se poate realiza numai în limita numărului de bolnavi contractat pe terapia respectivă de centrul în care se transferă bolnavul și a valorii de contract pe acel tip de dializă.

C4. În situații justificate (un centru de dializă nu mai îndeplinește condițiile pentru furnizare de servicii de dializă în sistemul de asigurări sociale de sănătate, schimbarea de domiciliu a unui bolnav inclus în program etc.), părțile pot conveni să majoreze serviciile furnizate în baza acestui contract prin încheierea unui act adițional, cu încadrarea în limita numărului de bolnavi cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și a fondurilor aprobate cu această destinație prin buget, în anul în curs. Furnizorul este obligat să notifice casa de asigurări de sănătate despre aceste situații justificate. Actul adițional pentru aceste situații se încheie în urma analizei de la nivelul casei de asigurări de sănătate privind încadrarea în limita numărului de bolnavi cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și a fondurilor aprobate cu această destinație.

C5. Furnizorul va raporta bolnavii nou-incluși, iar casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile numai după încheierea actului adițional prevăzut la pct. C4.

D. Furnizorul acceptă riscul ca cererea de servicii să fie mai mică decât volumul estimat, situație în care casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat. Casa de asigurări de sănătate va plăti Furnizorului tariful contractual, stabilit potrivit clauzelor 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 și 6.1.4, pentru toate serviciile furnizate până la plafonul prevăzut în clauza 6.4 partea a 2-a, dar nu își asumă nicio obligație de a garanta că volumul serviciilor solicitate va atinge întotdeauna volumul estimat.

PARTEA a 2-a

Prevederi operaționale

1. Definiții

1.1. În scopul interpretării prezentului contract:

Caz de forță majoră înseamnă orice eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil.

Data intrării în vigoare este data la care prezentul contract intră în vigoare, prevăzută în clauza 3.

Data încetării are înțelesul prevăzut în clauza 2.



Data semnării este data la care prezentul contract este semnat de ambele părți.

Furnizorul înseamnă prestatorul de servicii definit potrivit prezentului contract, respectiv: unități sanitare publice și private.

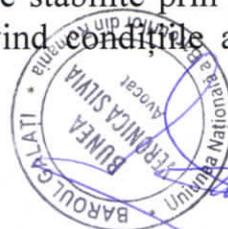
Legile includ toate actele normative ale Parlamentului României, acte ale Guvernului României, precum și toate reglementările și hotărârile Guvernului mai jos menționate și reglementările cu caracter juridic ale autorităților publice, municipale și ale altor autorități competente, care afectează în orice mod sau sunt aplicabile serviciilor, astfel cum acestea ar putea fi modificate, completate, înlocuite și/sau republicate din când în când. Materiale înseamnă toate materialele și documentația furnizată de către Furnizor pentru îndeplinirea serviciilor.

Norme tehnice înseamnă Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.185 / 2015.

Norme de dializă înseamnă regulamentul de organizare și funcționare al unităților de dializă, cu anexele aferente, precum și Ghidul de bună practică, astfel cum acestea sunt aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Servicii înseamnă pachetul complet de servicii de dializă, incluse în pachetul de bază, cuprins în normele de dializă, care include servicii de hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line și servicii de dializă peritoneală continuă sau automată, precum și furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, ce urmează a fi efectuate de către Furnizor în regim ambulatoriu pentru bolnavii asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, inclusiv transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la și la domiciliul acestora și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul bolnavilor. Serviciile de dializă cuprind:

a) serviciul de hemodializă convențională și hemodiafiltrarea intermitentă on-line: medicamente și materiale sanitare specifice, investigații de laborator, toate cheltuielile necesare realizării serviciului medical de hemodializă și transportului nemedicalizat al bolnavilor de la domiciliul lor la unitatea sanitară și retur, excepție făcând copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și persoanele cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transport sanitar, 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 anii 2014 -2015 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii 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.

b) serviciul de dializă peritoneală continuă și automată: medicamente și materiale sanitare specifice, investigații de laborator și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor.

Tariful contractual înseamnă tariful plătit de către casa de asigurări de sanătate furnizorului pentru serviciile furnizate, conform clauzei 6.

Volumul estimat înseamnă volumul estimat al serviciilor ce urmează să fie furnizate de către Furnizor în condițiile prezentului contract.

Zi lucrătoare înseamnă o zi (dar nu sâmbăta sau duminica, în condițiile în care prin acte normative nu se stabilește altfel) în care băncile sunt deschise în mod normal pentru activitatea bancară în România.

1.2. Titlurile articolelor din prezentul contract au doar scopul de a înlesni citirea și nu vor afecta interpretarea acestuia.

1.3. În cazul unor neconcordanțe în ceea ce privește termenii folosiți în prezentul contract, acestea vor fi soluționate ținându-se cont de următoarea ordine:

a) prezentele clauze, incluse în această parte a 2-a;

b) toate celelalte părți, în ordinea numerotării.

2. Durata contractului

2.1. Sub rezerva clauzei 3, obligațiile Furnizorului în baza prezentului contract se vor naște la data intrării în vigoare.

2.2. Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la 31.12.2016 și poate fi prelungită prin acte adiționale, în limita creditelor aprobate prin buget pentru anul respectiv, în condițiile respectării dispozițiilor legale în vigoare.

2.3. Pentru anul 2015, sumele vor fi angajate în limita fondurilor aprobate prin legea bugetului de stat.

3. Condiții suspensive

3.1. Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă și conținut acceptabile, a tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive prevăzute în anexă. Data intrării în vigoare nu poate fi mai târziu de 15 zile lucrătoare de la data semnării, dacă părțile nu convin altfel.



3.2. Nedepunerea tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive prevăzute în anexă, în termenul prevăzut la clauza

3.1, atrage rezilierea de drept a prezentului contract.

4. Locația serviciilor

4.1. Furnizorul i se solicită să furnizeze servicii în **Spitalul Clinic de Urgență "Sf.Ioan" , cu sediul în Galați , str.Gheorghe Asachi nr.2 , județul Galați .**

5. Obligațiile părților

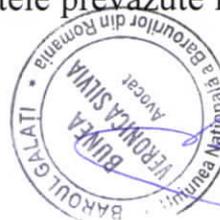
5.1. Furnizorul are următoarele obligații:

a) să furnizeze serviciile de dializă potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările ulterioare, precum și cu standardele privind evaluarea, certificarea sau licențierea medicală a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializă ori furnizarea serviciilor și să utilizeze numai medicamente și materiale sanitare specifice, aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România; normele de evaluare, certificare sau licențiere medicală ulterioare datei semnării contractului se vor aplica furnizorului;

b) să furnizeze serviciile de dializă pacienților asigurați cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, care optează pentru efectuarea tratamentului în centru, fără niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament, în limita numărului de bolnavi pe tipuri de dializă incluși în program;

c) să furnizeze serviciile de dializă pacienților titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respective beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și 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;

d) 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



derulării contractului, precum și modificarea datelor de identificare, declarate la data încheierii contractului;

n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de dializă și la obligațiile lor în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și la obligațiile pacienților referitoare la actul medical;

o) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele și materialele sanitare specifice achiziționate și utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;

p) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; se raportează în vederea decontării bolnavii și serviciile de dializă aferente acestora, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului, care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;

q) să respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale legislației subsecvente în acest domeniu;

r) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în anexa la prezentul contract și să facă dovada schiței tehnice a centrului de dializă (descrierea centrului);

s) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru programul național de sănătate pe care îl derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestuia.

ș) să raporteze corect și complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

t) să completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;

ț) 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;

u) să asigure prezența personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004, privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările și completările ulterioare;



- v) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din unitatea de dializă, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;
- w) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de dializă contractate cu casele de asigurări de sănătate - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice etc.;
- x) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele naționale de sănătate curative;
- y) 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;
- z) 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;
- aa) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale de dializă în cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii medicale de dializă efectuate;
- ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de dializă și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul programului;
- ad) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original și în format electronic, în formatul solicitat de casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;
- ae) să anunțe în scris, în termen de 5 zile lucrătoare, centrul de dializă de la care a plecat pacientul. Includerea de pacienți noi în cadrul programului pentru tratament specific se realizează potrivit prevederilor Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;
- ag) să asigure transportul nemedical al pacienților pentru hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum și de transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice



pentru pacienții cu dializă peritoneală continuă sau automată, prevăzuți în contract și să răspundă de calitatea transporturilor;

ah) să raporteze datele on-line Registrului renal român în formatul cerut de acesta;

ai) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României.

aj) să raporteze în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. ai) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

ak) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

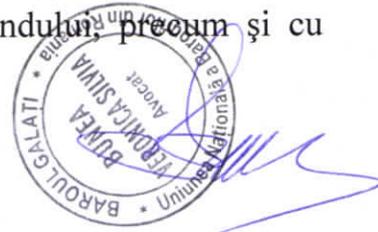
5.2. Furnizorul privat de servicii de dializă nu are obligația de a furniza servicii de dializă în sistem de internare.

5.3. casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de dializă autorizați și evaluați și să facă publice 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 nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite 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 de casa de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, suportate din bugetul Fondului, precum și cu



privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de specialitate proprii sau alei Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizoriului, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze furnizorilor, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de dializă în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea;

h) să trimită spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizor, pentru a căror corectitudine furnizorul depune declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii



medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea, acordate, după caz, posesorilor de card 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 de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, precum și 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, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt;

k) să monitorizeze activitatea și calitatea serviciilor efectuate de Furnizor, incluzând, dar fără a se limita la monitorizarea sistemului de control intern al calității și evidențele Furnizorului;

l) să urmărească derularea prezentului contract și modul de îndeplinire a obligațiilor asumate de Furnizor;

m) să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate de Furnizor; trimestrial, să revalueze volumul serviciilor, ținându-se cont de serviciile furnizate în trimestrul respectiv, proporțional cu perioada de contract rămasă de executat, cu încadrarea în bugetul aprobat;

n) să publice pe site-ul propriu, la termenul de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală

5.4. Sancțiuni

5.4.1 În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la clauza 5.1. lit. c), d), g), h), j), l), p), r) și ad) - se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă 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 aferentă lunii respective;

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 aferentă lunii respective.



5.4.2 Nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. h), valoarea de contract se diminuează corespunzător în funcție de numărul de servicii care nu au respectat aceste criterii.

5.4.3 Nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

5.4.4 Nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la clauza 5.4.3 pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

5.4.5 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.

5.4.6 Nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. af) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract corespunzătoare trimestrului respectiv.

5.4.7 În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile Furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de dializă, aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă, aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

5.4.8 În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la clauza 5.1 lit. i), k), n), q) și v) - aa), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.9 În cazul în care, în urma controlului efectuat, se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.5 Reținerea sumelor potrivit prevederilor clauzelor 5.4.1-5.4.9 se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru Furnizorul care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pentru finanțarea Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.



5.6 Recuperarea sumelor potrivit prevederilor prevederilor clauzelor 5.4.1-5.4.9 se face prin plata directă sau prin executare silită în cazul Furnizorului care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

5.7 Pentru situațiile prevăzute la clauzele 5.4.1-5.4.9 casa de asigurări de sănătate ține evidența distinct pe fiecare furnizor și va informa CNAS despre aceste situații.

5.8 Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condițiile prevăzute la clauzele 5.4.1-5.4.9 se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

5.9 Casa de asigurări de sănătate, prin casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute prevăzute la clauzele 5.4.1-5.4.9 în cazul unităților sanitare cu paturi..

6. Plata

6.1. Plata serviciilor

6.1.1. Pentru bolnavii constanți care sunt supuși tratamentului de hemodializă convențională, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/ședință de hemodializă convențională prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful hemodializei convenționale) și în limita maximumului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui CNAS.

6.1.2. Pentru bolnavii constanți care sunt supuși tratamentului de hemodiafiltrare intermitentă on-line, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful hemodiafiltrării intermitente on-line) și în limita maximumului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui CNAS. Hemodiafiltrarea intermitentă on-line este indicată (maximum 7% din totalul bolnavilor hemodializați și cu încadrarea în numărul de bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line prevăzut în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, următoarelor categorii de bolnavi:

a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei ($eKt/V \geq 1,4$ sau fosfatemie $< 5,5$ mg/dl) nu pot fi atinse 3 luni consecutive;

b) bolnavi tineri cu șanse mari de supraviețuire prin dializă, dar cu șanse mici de transplant renal;

c) bolnavi cu polineuropatie "uremică", în pofida tratamentului eficient prin hemodializă convențională;



d) bolnavi cu comorbidități cardiovasculare sau cu diabet zaharat.

6.1.3. Pentru bolnavii constanți care sunt supuși tratamentului de dializă peritoneală continuă, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcție de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală și tariful/bolnav cu dializă peritoneală continuă prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS (tariful dializei peritoneale continue), în limita valorii de contract.

6.1.4. Pentru bolnavii constanți care sunt supuși tratamentului de dializă peritoneală automată, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcție de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală și tariful/bolnav cu dializă peritoneală automată prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS (tariful dializei peritoneale automate), în limita valorii de contract. Dializa peritoneală automată este indicată (maximum 7% din totalul bolnavilor dializați peritoneal și cu încadrarea în numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată prevăzut în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, următoarelor categorii de bolnavi dializați peritoneal:

- a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei peritoneale continue ambulatorii ($Kt/V_{uree} < 1,7$; clearance creatinină 60 l/săptămână sau ultrafiltrat < 1.000 ml/24 de ore ori absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu pot fi atinse 3 luni consecutive;
- b) copii preșcolari la care hemodializa și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificil de aplicat din punct de vedere tehnic și cu multiple posibile accidente și complicații;
- c) bolnavi cu hernii sau eventrații abdominale care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din DPCA;
- d) bolnavi dializați care pot și vor să urmeze studiile școlare și universitare;
- e) bolnavi dializați care pot și vor să presteze activitate profesională;
- f) bolnavi cu dizabilități care nu își pot efectua schimburile manuale de dializă peritoneală continuă ambulatorie și la care familia sau asistența la domiciliu poate efectua conectarea și deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

6.1.5. Furnizorul ia cunoștință și consimte că fiecare tarif acoperă toate costurile suportate de Furnizor în legătură cu prestarea serviciilor, incluzând, dar fără a se limita la echipament, personal, consumabile medicale, produse farmaceutice (inclusiv EPO atunci când este prescris medical), întreținere, utilități și orice transport necesar pentru personalul medical și/sau echipament de la/domiciliul bolnavilor dializați peritoneal (continuu sau



automat), respectiv transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializați (hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) de la/la domiciliul asiguratului, și nicio altă plată suplimentară nu va fi făcută de către casa de asigurări de sănătate.

6.1.6. Casa de asigurări de sănătate va plăti tariful contractual pentru serviciile furnizate bolnavilor constanți, asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate și cuprinși în Programul național de suplulare a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

Tariful pentru hemodializă include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusive cheltuielile pentru medicamente [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigații de laborator, materiale sanitare specifice, precum și transportul dializaților de la domiciliul acestora până la centrul de dializă și retur, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și al persoanelor cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transport sanitar, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a contractului-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.400/2014 .

Tariful pentru dializa peritoneală include cheltuielile aferente medicamentelor specifice [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigațiilor de laborator, materialelor sanitare specifice, precum și transportului lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare la domiciliul bolnavilor.

6.1.7. Fondurile contractate pe tip de terapie (hemodializă și dializă peritoneală) nu se pot utiliza pentru alt tip de terapie și se vor deconta numai în limita fondurilor contractate pe tip de terapie (hemodializă și dializă peritoneală).

6.1.7.1. La regularizarea anuală, în condițiile în care valoarea realizată pe tip de terapie este mai mică decât valoarea estimată contractată, decontarea se poate face, indiferent de tipul de serviciu de dializă: hemodializă sau dializă peritoneală, pentru bolnavii constanți ai centrului, cu încadrarea în valoarea totală de contract.



6.1.8. La regularizarea trimestrială, tariful pentru bolnavul cu dializă peritoneală continuă se poate modifica, în funcție de ponderea relativă a acestei metode de tratament, în limita bugetului aprobat, după cum urmează:

a) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $< 20\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS;

b) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $20\% - 24,9\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS;

c) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $\geq 25\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS.

6.1.9. Dacă pe durata derulării prezentului contract ponderea numărului de bolnavi cu dializă peritoneală scade sub 20% , respectiv 25% , tariful pentru bolnavii cu dializă peritoneală continuă se va ajusta lunar corespunzător serviciilor realizate.

6.1.10. Includerea bolnavilor noi în program se realizează numai cu respectarea unui procent minim de dializă peritoneală convențională de 20% din numărul bolnavilor nouincluși în program, cu încadrarea în numărul de bolnavi prevăzut și a bugetului aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

6.2. Modalitățile de plată

6.2.1. Furnizorul va depune la casa de asigurări de sănătate declarația de servicii lunare, în formatul prevăzut prin ordin al președintelui CNAS, care va include tipul și volumul serviciilor furnizate bolnavilor asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară, numărul bolnavilor dializați pe tipuri de dializă și suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Această sumă va fi în funcție de: (i) numărul ședințelor de hemodializă convențională înmulțite cu tariful hemodializei convenționale; (ii) numărul ședințelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulțite cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line; (iii) numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale continue tratați



multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale continue; și (iv) numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale automate tratați multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale automate, cu următoarele excepții:

6.2.1.1. bolnavul tratat prin ambele proceduri (hemodializă și dializă peritoneală), la care numărul de zile în care s-au efectuat ședințe de hemodializă (plătite la tarif/ședință) se scade din numărul de zile din lună cu dializă peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an / 365 x număr de zile cu dializă peritoneală);

6.2.1.2. bolnavul care începe tratamentul de dializă peritoneală în altă zi decât data de întâi a lunii, pentru care tariful dializei peritoneale devine tarif pe bolnav pe zi și se calculează astfel: tariful dializei peritoneale împărțit la 365 de zile x numărul de zile în care s-a efectuat dializa peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an / 365 x număr de zile cu dializă peritoneală);

6.2.1.3. bolnavul cu dializă peritoneală continuă sau automată care decedează în decursul lunii de tratament, pentru care calculul se face pentru numărul de zile în care a efectuat dializă peritoneală;

6.2.1.4. bolnavul cu hemodializă care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/ședință aferent tipului de hemodializă efectuat, cu încadrarea în numărul lunar de ședințe de hemodializă;

6.2.1.5. bolnavul cu dializă peritoneală care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/bolnav/zi aferent tipului de dializă peritoneală efectuat, cu încadrarea în valoarea de contract pe tipul de terapie.

6.2.2. Furnizorul are obligația ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună declarația de servicii privind serviciile furnizate în timpul lunii anterioare la casa de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate va notifica în scris observațiile sale în 5 zile lucrătoare de la primirea în original și după validarea declarației de servicii lunare.

Furnizorul va emite o factură în lei pentru suma prevăzută în notificarea transmisă de casa de asigurări de sănătate. În termen de 30 de zile de la data primirii facturii și acordării vizei de „bun de plată”, casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului, potrivit indicațiilor de pe factura emisă de acesta.

6.2.2.1. Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la clauza 6.2.2 exonerează casa de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

6.2.2.2. Nerespectarea de către Furnizor a termenului menționat la clauza 6.2.2, precum și existența unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depășit termenul.



6.3. Finanțare

6.3.1. Plățile de la casa de asigurări de sănătate pentru serviciile furnizate conform prezentului contract sunt sub condiția aprobării bugetului anual al CNAS.

6.3.2. Sumele se angajează anual, în limita sumelor aprobate prin legea bugetului de stat.

6.3.3. În cazul în care: a) bugetul anual al CNAS / casa de asigurări de sănătate nu este aprobat în termen de 90 de zile lucrătoare de la începutul anului calendaristic; sau b) CNAS stabilește că este o alocație bugetară insuficientă în bugetul său anual pentru a finanța serviciile, conform prezentului contract, orice parte poate înceta prezentul contract în conformitate cu clauza 7.2 lit. c) sau părțile pot conveni un volum mai mic de servicii.

6.4. Plafonul aplicabil plăților făcute de către casa de asigurări de sănătate

6.4.1. Plata totală ce poate fi făcută de către casa de asigurări de sănătate este de **625.952,00** lei, calculată ca suma dintre volumul estimat total al ședințelor de hemodializă convențională înmulțit cu tariful hemodializei convenționale, volumul estimat total al ședințelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulțit cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line, volumul estimat total al bolnavilor dializați peritoneal continuu înmulțit cu tariful dializei peritoneale continue, și volumul estimat total al bolnavilor dializați peritoneal automat înmulțit cu tariful dializei peritoneale automate. Tarifele sunt prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS.

6.4.2. Plata totală maximă efectuată de către casa de asigurări de sănătate poate crește în cazul în care părțile convin să majoreze volumul estimat, astfel cum este prevăzut în partea 1.

6.4.3. În situația în care cererea de servicii este mai mică decât volumul estimat, casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat.

7. Încetarea contractului

7.1 Contractul de furnizare de servicii de dializă încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) furnizorul își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate.

7.2 Contractul de furnizare de servicii de dializă încetează în următoarele situații:



- a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- b) acordul de voință al părților;
- c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

7.3 Continuitatea serviciilor

La încetarea prezentului contract din alte cauze decât prin ajungere la termen, excluzând forța majoră, Furnizorul este obligat să asigure continuitatea prestării serviciilor, în condițiile stipulate în prezentul contract, până la preluarea acestora de către un alt furnizor selectat sau numit, în condițiile legii.

8. Suspendarea și rezilierea

8.1 Contractul de furnizare de servicii de dializă se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

- a) furnizorul sau, după caz, una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;
- b) încetarea termenului de valabilitate 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;
- d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;
- e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat de același furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative; suspendarea contractului pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești;
- f) nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. Ț), în condițiile în care furnizorul de servicii de dializă face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei și dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;



8.2 În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea ei și înființarea concomitentă a unei noi unități sanitare cu paturi distinctă, cu personalitate juridică, contractul pentru finanțarea Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, încheiat cu casa de asigurări de sănătate și aflat în derular, se preia de drept noua unitate sanitară înființată, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noii structuri.

8.3 Contractul de furnizare de servicii de dializă se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii de dializă nu începe activitatea în termen de cel mult 15 zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii de dializă;

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar sau expirarea dovezii de evaluare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de dializă și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

d) în cazul în care se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

e) refuzul furnizorului de servicii de dializă de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/CNAS actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de dializă în cadrul programului național de sănătate;

f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/CNAS documentele menționate la clauza 5.1 lit. o);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la clauza 5.1 lit. a), b), h), p) și ț).

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. ț), după expirarea termenului prevăzut la clauza 8.1 lit. f);

i) o dată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la clauza 5.4.1.

9. Cesiunea sau subcontractarea



9.1. Furnizorul nu are dreptul să cesioneze, în tot sau în parte, drepturile sale în baza prezentului contract ori să transfere, în tot sau în parte, obligațiile sale în baza prezentului contract ori să contracteze în întregime sau orice parte a lucrărilor ori sarcinilor legate de prestarea serviciilor, fără acordul scris prealabil al casa de asigurări de sănătate, cu excepția contractelor menționate în anexă.

9.2. Sub rezerva acordului scris prealabil al casa de asigurări de sănătate, cesionarul trebuie să îndeplinească toate condițiile asumate de către Furnizor.

9.3. Furnizorul va fi ținut răspunzător în continuare față de casa de asigurări de sănătate, în mod solidar cu cesionarul, pentru îndeplinirea obligațiilor de către acesta, cu drept de regres împotriva cesionarului.

10. Modificarea contractului

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

10.2 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.

10.3 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 30 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți.

11. Legea aplicabilă

18.1. Prezentul contract este guvernat și va fi interpretat în conformitate cu legea și reglementările din România.

12. Soluționarea litigiilor

12.1 Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

12.2 Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform clauzei 12.1 se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

13. Dispoziții finale

13.1. În cadrul Furnizorului, pot fi acceptați la tratament și bolnavi tratați temporar, pe baza mecanismului stabilit potrivit normelor legale în vigoare, prin încheierea de acte adiționale, la prezentul contract.



13.2. La regularizarea trimestrială, prevăzută la clauza 6.1.8, sau, după caz, prin acte adiționale la contractele încheiate între CAS și furnizori, se poate realiza și plata pentru bolnavii transferați temporar și pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului European de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883, pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, în perioada de valabilitate a acestuia, cu încadrarea în bugetul alocat programului.

13.3. Anual, se poate efectua regularizarea serviciilor de dializă realizate și validate de casa de asigurări de sănătate pentru bolnavii constanți ai centrului, în limita a 152 de ședințe/an.

Prezentul contract a fost încheiat astăzi, 01.05.2015, în două exemplare, a câte 24 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
GALATI
PRESEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
Dr. Elena VRABIE

DIRECTOR EXECUTIV
AL DIRECTIEI ECONOMICE,
Ec. Iulia PETCU

DIRECTOR EXECUTIV
AL DIRECTIEI RELATII CU FURNIZORII
Ec. Mihaela Oana DOCAN

MEDIC SEF,
Dr. Oana DITCOV

VIZAT,
JURIDIC, COMPETENCIOS
Consilier juridic Simona CARANGHEL

SERVICIU CONTRACTARE SI STATISTICA ASIST.SPIT.,
URGENTA PRESPIT. INGR. DOM. FARMACH
/VERIFICARE RAPORTARI
Ec. Ionel DUMITRASCU

2/01.05.2015/DI/DI

Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan"

MANAGER
Dr. Victorita STEFANESCU

DIRECTOR FINANCIAR - CONTABIL
Ec. Laura CLOSCA

DIRECTOR MEDICAL
Dr. Geta BADIU

OFICIUL JURIDIC