



CONTRACT
pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul
programelor naționale de sănătate curative în anii 2015-2016
Nr.3/01.05.2015

I. 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.3/01.05.2015**.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie finanțarea programului / subprogramului din cadrul programelor naționale de sănătate curative :

a). Programul national de diabet zaharat ,

b). Programul national de tratament pentru boli rare –Tirozinemie . pentru asigurarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute necesare în terapia în spital/în spital și ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, denumite în continuare norme tehnice.

III. Durata contractului

ART. 2

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de **31 decembrie 2016**.

- f) să înmâneze furnizorilor, la momentul 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 casele 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 programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;
- h) să trimită spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun 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

evidența nominală în baza CNP/CID, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

j) să deponă lunar la casa de asigurări de sănătate, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, documentele justificative, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație;

k) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale/copii ale foilor de condică de medicamente în baza cărora s-au eliberat medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare distincte;

l) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

m) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

n) să informeze asigurații cu privire la derularea programelor naționale de sănătate curative, precum și cu privire la faptul că numai medicamentele corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre de guvern, se decontează din fond;

o) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați în actele normative în vigoare;

p) 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 calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

q) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

u) 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 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, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

Pentru eliberarea medicamentelor, să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea medicamentelor / materialelor sanitare specifice eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 republicată;

v) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative, serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute efectuate, după caz, conform prevederilor legale în vigoare;

w) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

x) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului de la data implementării acestuia.

y) să pună la dispoziția organelor de control ale CNAS și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

z) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate informațiile și documentele solicitate de aceasta în domeniu pe parcursul derulării

ae) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice 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, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

af) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile pentru serviciile prevăzute la lit. ae), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare specifice și altele asemenea, după caz, de documentele justificative /documentele însoțitoare.

V. Valoarea contractului

ART. 6

1. Sumele se angajează anual în limita sumelor aprobate prin Legea bugetului de stat.

2. Pentru anul 2015 valoarea contractului pentru :

a). **Programul national de diabet zaharat** este de : **6.200 lei** ,din care :

Ianuarie : 686,49 lei ,

Februarie : 0,00 lei ,

Martie : 0,00 lei

Trimestrul I : 686,49 lei ,

Aprilie : 200,00 lei ,

Mai : 700,00 lei ,

Iunie : 700,00 lei ,

Trimestrul II: 1.600,00 lei ,

Iulie : 700,00 lei ,

August: 700,00 lei ,

Septembrie: 600,00 lei ,

Trimestrul III: 2.000,00 lei ,

Octombrie: 700,00 lei ,

Noiembrie : 613,51 lei ,

Decembrie : 600,00 lei ,

Trimestrul IV: 1.931,51 lei .

b). **Programul national de tratament pentru boli rare – Tirozinemie** este de : **93.000 lei** ,din care :

Ianuarie : 0,00 lei ,

Februarie : 0,00 lei ,

(2) Validarea facturilor depuse în vederea decontării se realizează în termen de 30 de zile de la data depunerii documentelor justificative.

(3) Decontarea contravalorii facturii prezentate în copie de unitatea sanitară pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice achiziționate, în condițiile legii, se realizează lunar în limita sumei prevăzută în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 9

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează dauneinterese.

ART. 10

Casa de asigurări de sănătate controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate și analizează indicatorii prezențați.

ART. 11

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. a) – q), s) – t), u), x) – z), ab) – af) atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, 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 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.

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. v) 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.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. v) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (2), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(4) 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) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație

programe/subprograme din cadrul programului național de sănătate curativ, încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare, se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

ART. 13

(1) Prezentul contract încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

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

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

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

b) acordul de voință al părților;

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

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

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

(4) 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.

VIII. Soluționarea litigiilor

ART. 14

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

ART. 20

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.

Prezentul contract s-a încheiat astăzi, 01.05.2015, în două exemplare, câte un exemplar pentru fiecare parte, și se completează conform normelor legale în vigoare.

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

Spitalul Clinic de Urgenta "Sf.Ioan"

MANAGER
Dr.Victorita STEFANESCU

DIRECTOR EXECUTIV
AL DIRECTIEI ECONOMICA,
Ec.Iulia PETCU

DIRECTOR FINANCIAR -CONTABIL
Ec.Laura CLOSCA

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

DIRECTOR MEDICAL
Dr.Geta BADIU

MEDIC SEF,
Dr.Oana DITCOV

VIZAT,
JURIDIC, CONTENCIOS
Consilier juridic Simona CARANGHEL

OFICIUL JURIDIC

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



2/01.05.2015/DI/DI