



CONTRACT NR. 6SP
de furnizare de servicii medicale spitalicești

Nr. înregistrare GALATI 118
2014 07 01

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate Galati, cu sediul in municipiu/oras Galati, str. Mihai Bravu nr. 42, judestul/sectorul Galati, telefon 0236/410111, fax 0236/413462, reprezentata prin **presedinte - director general Dr. Elena VRABIE**,

Si

Unitatea sanitara cu paturi **Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii „Sf.Ioan”**, cu sediul in Galati, str. Gheorghe Asachi nr. 2, telefon: fix 0236/469100, fax 0236/469849, e-mail spurgcogl@mail.com, reprezentata prin **Manager Dr. Victorita STEFANESCU**,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale in asistenta medicala spitaliceasca in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015 si Ordinului ministrului sanatati si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr.619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

III. Servicii medicale spitalicești

ART. 2 (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabine de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabine de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

Beneficiază de internare fără bilet de internare.

- naștere,
- urgențele medico-chirurgicale
- bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament,
- internările bolnavilor aflată sub incidență art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor spital
- cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordată de medicii din ambulatoriu integrat al spitalului respectiv aflată în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire și transferul interspitalicesc.
- spitalizare de zi dacă se acordă servicii de: chimioterapie, radioterapie și administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experti constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
- situațiile în care pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederatiei Elvețiene beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederatiei Elvețiene, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederatiei Elvețiene, precum și serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocole internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

- monitorizarea bolnavilor cu HIV/SIDA
 - administrarea tratamentului pentru profilaxia rabiei, monitorizarea bolnavilor cu talasemie
- (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, cazare și masă.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2014.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale 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, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecărui și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezентate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravalorarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și 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; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.
- d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr. 400/2014 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;
- e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării 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;
- f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravalorarea acestor servicii, precum și contravalorarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescriptiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale și recomandarilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;
- g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;
- h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate ; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.
- i) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravalorarea 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 realizati și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însotitoare 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. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014;

j) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență acesta;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externe 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. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile interne în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocolelor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgență, în funcție de tipul de internare, așa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

p) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi.

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 însotită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014, 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 asistență medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

f) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

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 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014, 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 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 îl 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 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014;
- r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în H.G. nr. 400/2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalată pe site – ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării.
- 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/Confederației Elvețiene, 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 accorduri, 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 informatici 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 quantum este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014;
- 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 asigurașilor 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 ambulatoriu 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 prezентate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor interne, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014;
- 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 asigurașilor prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asigurașilor conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa 48 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014;
- 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 titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale 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 semnatură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnatură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ap) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ao), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

aq) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014;

ar) 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;

as) 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.

aș) să elibereze pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate care sunt în tratament pentru boala/bolile cronice cu medicamente, altele decat 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 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014; 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.

VI. Modalități de plată

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

- a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecțiunile acute, 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. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014: 16.624.074,56 lei
- b) Suma pentru spitalele de cronici, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, - prevăzute ca structuri distințe în structura organizatorică a spitalului aprobata/avizata de Ministerul Sănătății, după caz - din alte spitale, care se stabilește astfel:

Sectia	Luna	Nr.cazuri externe	Tarif pe zi de spitalizare(lei)	Durata optimă de spitalizare sau după caz durata de spitalizare efectiv realizata*)	Suma contractata (lei)
C1		C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
Recuperare	ian.14	49	165,51	12	97.319,88
	feb.14	49	165,51	12	97.319,88
	mar.14	49	165,51	12	97.319,88
	apr.14	49	165,51	12	97.319,88

mai.14	49	165,51	12	97.319,88
iun.14	29	206,89	16	95.996,96
iul.14	45	206,89	16	148.960,80
aug.14	45	206,89	16	148.960,80
sep.14	45	206,89	16	148.960,80
oct.14	40	206,89	16	132.409,60
nov.14	1	206,89	16	3.310,24
dec.14	1	206,89	16	3.310,24
TOTAL	451	x	x	1.168.508,84

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă este de 1.168.508,84 lei și se stabilește astfel:

număr de cazuri externe x durata de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare Numărul de cazuri externe estimate a fi externe pe spital și pe secție în 2014, în funcție de numărul de paturi contractabile, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de cronici și de durata de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secțiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea prevăzută în anexa 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014, dar nu mai mică de 75% față de aceasta.

Durata de spitalizare pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

d) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014 precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de cronici, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014: 16.624.074,56 lei

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

**ian.-martie
2014**

Nr.cert.	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	Anemie carentială	42	276,00	11.592,00
2	Bronsita cronică	42	276,00	11.592,00

3	Hipertensiune arteriala	24	199,98	4.799,52
4	ITU	24	205,00	4.920,00
5	Afectiuni inflamatorii cronice	30	276,00	8.280,00
6	Sindrom de malabsortie intestinala	30	222,59	6.677,70
7	RAA-Reumatism articular acut	24	143,00	3.432,00
8	Tulburari de ritm cardiac	24	271,00	6.504,00
9	Tulburari de crestere si dezvoltare	18	276,00	4.968,00
10	Alergie la proteine din laptele de vaca	18	222,59	4.006,62
11	Malnutritie protein calorica	18	276,00	4.968,00
12	Celiachie	18	222,59	4.006,62
13	Malformatie congenitala de cord	3	104,00	312,00
14	Tulburari de glicoreglare	12	233,00	2.796,00
15	Purpura trombocitopenica	3	109,54	328,62
16	Tirozinemie	3	114,76	344,28
17	Obezitate	18	276,00	4.968,00
18	Diabet zaharat tip I	12	276,00	3.312,00
19	Epistaxis	9	81,72	735,48
20	Corpi straini (intranazal, auricular, faringian)	9	140,00	1.260,00
21	Entorse/luxatii/fracturi	24	142,00	3.408,00
22	Fimoza	24	147,00	3.528,00
23	Unghie incarnata	24	157,00	3.768,00
Total		453	x	100.506,84

**iunie - dec
2014**

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	Infectia intestinala bacteriana, nespecificata	22	304,46	6.698,12
2	Infectia intestinala virală, nespecificata	18	241,74	4.351,32
3	Diarea si gastro-enterita probabil infectioase	18	255,4	4.597,20
4	Infectia bacteriana, nespecificata	20	304,46	6.089,20
5	Anemia prin carenta de fier secundara unei pierderi de sange	18	335,03	6.030,54
6	Alte anemii prin carenta de fier	18	532,02	9.576,36
7	Anemia prin carenta de fier, nespecificata	28	340,34	9.529,52
8	Gusa multinodulara netoxica	6	340,34	2.042,04
9	Tiroidita autoimuna	6	316,99	1.901,94
10	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	9	303,12	2.728,08
11	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	8	341,86	2.734,88
12	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fara complicatii	7	305,81	2.140,67
13	Malnutritie proteino-energetica moderata	28	362,46	10.148,88
14	Malnutritie proteino-energetica usoara	33	362,46	11.961,18
15	Obezitate datorita unui exces caloric	18	305,19	5.493,42

16	Hipotiroidism postprocedural	6	328,89	1.973,34
17	Tulburare anxioasa si depresiva mixta	6	297,53	1.785,18
18	Tulburare de apetit, nespecificata	7	297,53	2.082,71
19	Hipertensiunea esentiala (primara)	6	224,53	1.347,18
20	Rino-faringita acuta [guturaiul comun] (*pentru copii 0-5 ani)	18	167,15	3.008,70
21	Faringita acuta, nespecificata (*pentru copii 0-5 ani)	18	163,63	2.945,34
22	Amigdalita acuta, nespecificata	18	165,12	2.972,16
23	Alte infectii acute ale cailor respiratorii superioare cu localizari multiple	29	171,71	4.979,59
24	Infectii acute ale cailor respiratorii superioare, nespecificate	26	163,56	4.252,56
25	Pneumonia virală, nespecificata	18	372,77	6.709,86
26	Alte pneumonii bacteriene	18	398,65	7.175,70
27	Pneumonia lobara, nespecificata	18	402,62	7.247,16
28	Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	18	375,98	6.767,64
29	Pneumonie, nespecificata	18	417,73	7.519,14
30	Bronsita acuta, nespecificata	38	168,46	6.401,48
31	Boala pulmonara obstructiva cronica cu infectie acuta a cailor respiratorii inferioare	18	375,4	6.757,20
32	Boala pulmonara obstructiva cronica cu exacerbare acuta, nespecificata	38	370,6	14.082,80
33	Boala pulmonara obstructiva cronica, nespecificata	18	360,39	6.487,02
34	Astmul cu predominantă alergica	18	177,3	3.191,40
35	Alte boli pulmonare interstitiale specificate	18	380,09	6.841,62
36	Boala pulmonara interstitiala, nespecificata	18	381,74	6.871,32
37	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagita	6	307,15	1.842,90
38	Boala refluxului gastro-esofagian fara esofagita	6	230,01	1.380,06
39	Ulcerul duodenal, acut fara hemoragie sau perforatie, diagnosticat anterior	6	200,82	1.204,92
40	Alte gastrite acute	6	311,60	1.869,60
41	Gastrita cronica, nespecificata	6	313,43	1.880,58
42	Gastro-duodenita, nespecificata	6	216,25	1.297,50
43	Dispepsia	18	180,12	3.242,16
44	Gastroenterita si colita neinfectioase, nespecificate	18	241,02	4.338,36
45	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	18	322,47	5.804,46
46	Sindromul intestinului iritabil fara diaree	18	309,88	5.577,84
47	Hepatita reactiva nespecifica	18	474,96	8.549,28
48	Degenerescenta grasoasa a ficatului, neclasificata altundeva	18	397,1	7.147,80
49	Colecistita cronica	18	339,14	6.104,52
50	Alte colecistite	18	290,9	5.236,20
51	Alte boli specificate ale veziciei biliare	18	263,17	4.737,06
52	Urticarie alergica (fara Edem Quinke)	18	204,48	3.680,64
53	Unghia incarnata	6	297,32	1.783,92

54	Coxartroza primara, bilaterală	6	196,79	1.180,74
55	Gonartroza primara, bilaterală	6	202,45	1.214,70
56	Cistita acuta	18	221,39	3.985,02
57	Infectia tractului urinar, cu localizare nespecificata	38	213,11	8.098,18
58	Hipertrofia preputului, fimoza, parafimoza	6	229,22	1.375,32
59	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclu menstrual neregulat	6	233,25	1.399,50
60	Alta durere abdominala si nespecificata	6	134,41	806,46
61	Ganglioni limfatici mariti localizati	6	512,98	3.077,88
62	Plaga deschisa a degetului (degetelor) fara varamarea unghiei	6	246,68	1.480,08
63	Plaga deschisa a altor parti ale pumnului si mainii	6	245,74	1.474,44
64	Edem localizat	6	198,65	1.191,90
65	Rinoplastie posttraumatica	6	742,92	4.457,52
66	Adenoidectomie	6	589,67	3.538,02
67	Extractia de corpi strani prin bronhoscopie	6	526,19	3.157,14
68	Strabismul	6	526,19	3.157,14
69	Indepartarea materialului de osteosinteza	6	492,38	2.954,28
70	Indepartarea materialului de osteosinteza	6	492,38	2.954,28
71	Excizia chistului Baker	6	682,96	4.097,76
72	Repararea ligamentului incruisat	6	855,88	5.135,28
73	Repararea ligamentului incruisat	6	855,88	5.135,28
74	Endoscopie digestiva superioara	6	371,57	2.229,42
75	Endoscopie digestiva superioara cu biopsie	6	589,67	3.538,02
76	Endoscopie digestiva superioara	6	371,57	2.229,42
77	Endoscopie digestiva superioara	6	371,57	2.229,42
78	Endoscopie digestiva superioara cu biopsie	6	589,67	3.538,02
79	Endoscopie digestiva superioara cu biopsie	6	589,67	3.538,02
80	Endoscopie digestiva inferioara	6	634,18	3.805,08
81	Terapia chirurgicala a fimozei	6	193,54	1.161,24
82	Terapia chirurgicala a fimozei	6	193,54	1.161,24
83	Debridarea excisionala a partilor moi	6	649,77	3.898,62
84	Biopsia tegumentului si tesutului subcutanat	6	609,55	3.657,30
85	Incizia si drenajul abceselor tegumentelor si ale tesutului subcutanat	6	519,43	3.116,58
86	Incizia si drenajul abceselor tegumentelor si ale tesutului subcutanat	6	555,80	3.334,80
87	Indepartarea corpilor strani din tegument si tesutul subcutanat cu incizie	6	454,09	2.724,54
88	Repararea plagilor tegumentare si ale tesutului subcutanat, implicand tesuturile profunde	6	555,80	3.334,80
89	Rezectia partiala a unghiei incarnate	6	283,18	1.699,08
90	Strabism la copii – reeducare	6	50,00	300,00

	ortooptică			
91	Monitorizare boli neurologice (epilepsie și tulburări de somn, boala Parkinson și alte manifestări extrapiramidale, boli neuromusculare, miastenia gravis și sindromul miastenic, neuropatii periferice, boli neurodegenerative ale sistemului nervos central, stenoze arteriale carotidiene, vertebrale și artere subclaviculare, demențe)	6		
92		0	200,00	1.200,00
93	Monitorizarea talasemiei și hemofiliei	18		
94			200,00	3.600,00
95				
96	Hepatite cronice de etiologie virală B, C și D	18		
97			200,00	3.600,00
98				
99	Artrita juvenilă pentru tratamentul cu imunosupresoare	18		
100			200,00	3.600,00
101				
102	Psoriazis cronic sever pentru tratamentul cu imunosupresoare	18		
103			200,00	3.600,00
104				
105	Boli rare	8	200,00	1.600,00
106				
107	Proceduri specifice pentru céfalee, algii craniene și sindroame vertiginoase fără diagnostic etiologic: Cu investigații de înaltă performanță	6	409,00	2.454,00
108	Proceduri specifice pentru céfalee, algii craniene și sindroame vertiginoase fără diagnostic etiologic: Fără investigații de înaltă performanță	6	204,84	1.229,04
109	Monitorizare afectiuni oncologice-Cu investigații de înaltă performanță	18		
110			409,00	7.362,00
111				
112	Monitorizare afectiuni oncologice - Fără investigații de înaltă performanță	18		
113			204,84	3.687,12
114				
115	Monitorizare insuficiență renală cronică	6	204,84	1.229,04
	Total	1275	X	402.427,97

*) 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. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

(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 2014 este de 16.624.074,56 lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2014 se defalchează lunar, după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I 4.832.724 lei,

din care:

- luna I 1.610.908 lei

- luna II 1.610.908 lei

- luna III 1.610.908 lei

- Suma aferentă trimestrului II 4.833.232,80 lei,

din care:

- luna IV 1.610.908 lei

- luna V 1.610.908 lei

- luna VI 1.611.416,80 lei

- Suma aferentă trimestrului III 5.404.752 lei,

din care:

- luna VII 1.801.584 lei

- luna VIII 1.801.584 lei

- luna IX 1.801.584 lei

- Suma aferentă trimestrului IV 1.553.365,76 lei,

din care:

- luna X 1.529.344,64 lei

- luna XI 12.010,56 lei

- luna XII 12.010,56 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. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial de către casele de asigurări de sănătate, se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinește 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. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014 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 a fiecărei luni, 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 realizati 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 iunie 2014 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 externe din unităile 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 boala profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la Capitolul II litera F punctul 3 din Anexa 1 la H.G. nr. 400/2014 și în condițiile în care cazurile externe sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 25% din cazurile externe din unităile 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. 8 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a) – ae), ag) – al), aq) – aș) 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 aferent 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 aferent lunii respective;
- b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 7% la valoarea de contract aferent lunii respective suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a).

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. ap), se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond, aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulat de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv 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.

(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. 9 Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. RO28TREZ30621F332100XXXX, deschis la Trezoreria Statului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medice peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 15 În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespondator drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea și suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritațile 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 sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate începează în următoarele situații:

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

a1) furnizorul de servicii medicale își începează 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 niciun alt contract 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 încheiate cu acești furnizori sau cu alții furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) sub pct. a2 și a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) sub pct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondență

ART. 19 Corespondență legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celelalte părți contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 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 și este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

ART. 22 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 putința spiritului contractului.

Dacă încețează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (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.

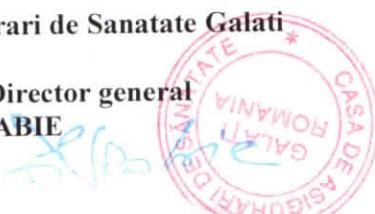
XIV. Alte clauze

In situația în care apar noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării contractelor de furnizare de servicii medicale, clauzele contrare ale acestor contracte se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 01.07.2014, în două exemplare a către 15 pagini fiecare, căte unul pentru fiecare parte contractantă.

**Casa de Asigurari de Sanatate Galati
pentru Copii**

Presedinte - Director general
Dr.Elena VRABIE



Director executiv al Directiei economice,
Ec.Iulia PETCU

Director executiv al Directiei relații contractuale
Ec.Oana DOCAN

Vizat
Juridic contencios

Compartiment relatiu cu furnizorii
Ec.Adrian NEACSU

Spitalul Clinic de Urgenta

„Sf.Ioan ”
Manager

Medic primar
Dr.Victorita STEFANESCU

Director finanțier-contabil
Ec.Laura CLOSCA

Director medical
Dr.Geta BADIU

COMPARTIMENT C.D.S. SERVICII SPITALICESTI SI DE URGENTA PRESPIITALICESTI
ANEXA NR.2 la contractul nr.6SP/01.07.2014

Spitalul de urgență pentru copii "Sf Ioan"

Sectia C1	Luna C2	Nr.cazuri externe C3	Tarif pe zi de spitalizare(lei) C3	Durata optima de spitalizare sau dupa caz durata de spitalizare efectiv realizata*) C4	Suma contractata (lei) C5=C2xC3xC4
Recuperare	ian.14	49	165,51	12	97.319,88
	feb.14	49	165,51	12	97.319,88
	mar.14	49	165,51	12	97.319,88
	apr.14	49	165,51	12	97.319,88
	mai.14	49	165,51	12	97.319,88
	iun.14	29	206,89	16	95.996,96
	iul.14	45	206,89	16	148.960,80
	aug.14	45	206,89	16	148.960,80
	sep.14	45	206,89	16	148.960,80
	oct.14	40	206,89	16	132.409,60
	nov.14	1	206,89	16	3.310,24
	dec.14	1	206,89	16	3.310,24
	TOTAL	451		x	1.168.508,84

Coordinator compartment

Intocmit
ec.E.Popescu

2

COMPARTIMENT C.D.S. SERVICII SPITALICESTI SI DE URGENTA PRESPIALICESTI
ANEXA NR.1 la contractul nr.6SP/01.07.2014

Spitalul de urgență pentru copii "Sf.Ioan"

ian.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	200	1,1915	1.600,00	381.280,00
Pediatrie II	180	1,1915	1.600,00	343.152,00
Pediatrie III	180	1,1915	1.600,00	343.152,00
ORL	100	1,1915	1.600,00	190.640,00
Chirurgie si ortopedie infantila	175	1,1915	1.600,00	333.620,00
Oftalmologie	10	1,1915	1.600,00	19.064,00
Total	845	x	x	1.610.908,00

feb.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	200	1,1915	1.600,00	381.280,00
Pediatrie II	180	1,1915	1.600,00	343.152,00
Pediatrie III	180	1,1915	1.600,00	343.152,00
ORL	100	1,1915	1.600,00	190.640,00
Chirurgie si ortopedie infantila	175	1,1915	1.600,00	333.620,00
Oftalmologie	10	1,1915	1.600,00	19.064,00
Total	845	x	x	1.610.908,00

mar.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	200	1,1915	1.600,00	381.280,00
Pediatrie II	180	1,1915	1.600,00	343.152,00
Pediatrie III	180	1,1915	1.600,00	343.152,00
ORL	100	1,1915	1.600,00	190.640,00
Chirurgie si ortopedie infantila	175	1,1915	1.600,00	333.620,00
Oftalmologie	10	1,1915	1.600,00	19.064,00
Total	845	x	x	1.610.908,00

ian-martie 2014

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	600	1,1915	1.600,00	1.143.840,00
Pediatrie II	540	1,1915	1.600,00	1.029.456,00
Pediatrie III	540	1,1915	1.600,00	1.029.456,00
ORL	300	1,1915	1.600,00	571.920,00
Chirurgie si ortopedie infantila	525	1,1915	1.600,00	1.000.860,00
Oftalmologie	30	1,1915	1.600,00	57.192,00
Total	2.535	x	x	4.832.724,00

apr.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	200	1,1915	1.600,00	381.280,00
Pediatrie II	180	1,1915	1.600,00	343.152,00
Pediatrie III	180	1,1915	1.600,00	343.152,00
ORL	100	1,1915	1.600,00	190.640,00
Chirurgie si ortopedie infantila	175	1,1915	1.600,00	333.620,00
Oftalmologie	10	1,1915	1.600,00	19.064,00
Total	845	x	x	1.610.908,00

mai.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	200	1,1915	1.600,00	381.280,00
Pediatrie II	180	1,1915	1.600,00	343.152,00
Pediatrie III	180	1,1915	1.600,00	343.152,00
ORL	100	1,1915	1.600,00	190.640,00
Chirurgie si ortopedie infantila	175	1,1915	1.600,00	333.620,00

Oftalmologie	10	1,1915	1.600,00	19.064,00
Total	845	x	x	1.610.908,00

ian-mai 2014

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	1000	1,1915	1.600,00	1.906.400,00
Pediatrie II	900	1,1915	1.600,00	1.715.760,00
Pediatrie III	900	1,1915	1.600,00	1.715.760,00
ORL	500	1,1915	1.600,00	953.200,00
Chirurgie si ortopedie infantila	875	1,1915	1.600,00	1.668.100,00
Oftalmologie	50	1,1915	1.600,00	95.320,00
Total	4.225	x	x	8.054.540,00

iun.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	215	1,2511	1.600,00	430.378,40
Pediatrie II	180	1,2511	1.600,00	360.316,80
Pediatrie III	150	1,2511	1.600,00	300.264,00
ORL	58	1,2511	1.600,00	116.102,08
Chirurgie si ortopedie infantila	200	1,2511	1.600,00	400.352,00
Oftalmologie	2	1,2511	1.600,00	4.003,52
Total	805	x	x	1.611.416,80

iul.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	235	1,2511	1.600,00	470.413,60
Pediatrie II	220	1,2511	1.600,00	440.387,20
Pediatrie III	180	1,2511	1.600,00	360.316,80
ORL	63	1,2511	1.600,00	126.110,88
Chirurgie si ortopedie infantila	200	1,2511	1.600,00	400.352,00
Oftalmologie	2	1,2511	1.600,00	4.003,52
Total	900	x	x	1.801.584,00

aug.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	235	1,2511	1.600,00	470.413,60
Pediatrie II	220	1,2511	1.600,00	440.387,20
Pediatrie III	180	1,2511	1.600,00	360.316,80
ORL	63	1,2511	1.600,00	126.110,88
Chirurgie si ortopedie infantila	200	1,2511	1.600,00	400.352,00
Oftalmologie	2	1,2511	1.600,00	4.003,52
Total	900	x	x	1.801.584,00

sep.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	235	1,2511	1.600,00	470.413,60
Pediatrie II	220	1,2511	1.600,00	440.387,20
Pediatrie III	180	1,2511	1.600,00	360.316,80
ORL	63	1,2511	1.600,00	126.110,88
Chirurgie si ortopedie infantila	200	1,2511	1.600,00	400.352,00
Oftalmologie	2	1,2511	1.600,00	4.003,52
Total	900	x	x	1.801.584,00

oct.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	207	1,2511	1.600,00	414.364,32
Pediatrie II	180	1,2511	1.600,00	360.316,80
Pediatrie III	150	1,2511	1.600,00	300.264,00
ORL	40	1,2511	1.600,00	80.070,40
Chirurgie si ortopedie infantila	185	1,2511	1.600,00	370.325,60
Oftalmologie	2	1,2511	1.600,00	4.003,52
Total	764	x	x	1.529.344,64

nov.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
Pediatrie II	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
Pediatrie III	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
ORL	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
Chirurgie si ortopedie infantila	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
Oftalmologie	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
Total	6	x	x	12.010,56

dec.14

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
Pediatrie II	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
Pediatrie III	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
ORL	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
Chirurgie si ortopedie infantila	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
Oftalmologie	1	1,2511	1.600,00	2.001,76
Total	6	x	x	12.010,56

iunie-dec 2014

Sectia	Numar cazuri externe	ICM RoviDRG 2013*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2013**)	Suma contractata (lei)
Pediatrie I	1129	1,2511	1.600,00	2.259.987,04
Pediatrie II	1022	1,2511	1.600,00	2.045.798,72
Pediatrie III	842	1,2511	1.600,00	1.685.481,92
ORL	289	1,2511	1.600,00	578.508,64
Chirurgie si ortopedie infantila	987	1,2511	1.600,00	1.975.737,12
Oftalmologie	12	1,2511	1.600,00	24.021,12
Total	4.281	x	x	8.569.534,56
Total 2014				16.624.074,56

Coordonator compartiment

Intocmit
ec.E.Popescu