

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicești
Nr. 10/2023

I. Părțile contractante

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE PRAHOVA, cu sediul în municipiul Ploiesti, CUI 11319359, str. Praga, nr.1, județul Prahova, telefon 0244 594600, fax 0244 511443, e-mail info@casph.ro, reprezentată prin Director General - Maguleanu Catalin

și

UNITATEA SANITARA CU PATURI: Spitalul Orasenesc Sinaia, cu sediul în Sinaia, CUI 2843299, str. Str.Spitalului nr.2, telefon: fix/mobil 0244 311951, fax 0244 311046, e-mail spitalsinaia@yahoo.com, reprezentată prin Miu-Grigorescu Mariana
 Unitatea sanitară cu paturi este **publică***)

*) Se va completa cu "publică"/"publică cu asociat unic unitate administrativ-teritorială"/"privată".

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

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/casa de asigurări de sănătate, după caz, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, 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, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, 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 pacienții aflați în situațiile prevăzute la art. 89 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

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

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

IV. Durata contractului

Art. 3. - Prezentul contract este valabil de la data de 1 iulie 2023 până la data de 31 decembrie 2023

Art. 4. - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligațiile părților

Art. 5. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate 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 fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, în limita valorii de contract;
- 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 în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- d) 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 și prin poșta electronică;
- e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, 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 poșta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vigoare;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile pentru a beneficia de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

h) 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;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023;

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. 1.857/441/2023;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocoalelor 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. 1.857/441/2023;

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;

q) să publice pe pagina web proprie sumele prevăzute la art. 91 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 și să le contracteze cu spitalele în conformitate cu prevederile aceluiași articol;

r) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

s) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 159 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

ș) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial pe fiecare tip de servicii medicale spitalicești, fiecărui furnizor de servicii medicale spitalicești cu care se află în relații contractuale.

Art. 6. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale spitalicești au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale contractate și validate, în limita valorii de contract stabilite, precum și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate 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 în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, conform prevederilor legale în vigoare;

e) să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăși 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării;

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

g) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

h) furnizorii privați pot să încaseze contribuție personală pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, în secțiile de acută finanțate pe baza sistemului DRG, plătită în mod direct de către asigurat sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, cu consimțământul asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia, exprimat în scris, conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023;

Art. 7. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale spitalicești au următoarele obligații:

a) să informeze persoanele asigurate și neasigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web - prin afișare într-un loc vizibil;

2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

3. contribuția personală pe care o pot încasa spitalele private pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG; informațiile privind tarifele practicate de furnizorii privați, suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG și diferența dintre acestea sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediul într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările 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/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul prezentului contract;

h) să verifice calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

l) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare, medicină fizică și de reabilitare și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu;

m) să funcționeze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului și să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

n) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

o) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu care a recomandat internarea, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute

în scrisoarea medicală, transmise direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate, conduita terapeutică recomandată 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 întorc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct, prin poșta electronică ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018, cu modificările și completările ulterioare; să elibereze asiguratului cărui i-au fost acordate servicii pentru care se încasează contribuție personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum și toate celelalte servicii medicale și/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ și externarea acestuia, însoțit de documentele fiscale, detaliate conform decontului;

p) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz.
q) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;
r) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora;

s) 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 și al Ministerului Sănătății;

ș) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa nr. 48 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023;

t) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală;

ț) 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;

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

v) 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; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

w) 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 prespitalicesc;

x) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

y) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

z) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de internare/bilet de trimitere pentru specialități clinice, către unitățile sanitare de recuperare, medicină fizică și de reabilitare cu paturi sau ambulatorii, - conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora;

2. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează 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 asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă, conform normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare;

3. formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculată la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, precum și toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în deviz pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia;

aa) 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;

ab) să elibereze, pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate, care sunt în tratament cu medicamente pentru boala/bolile cronice, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o transmite spitalul la contractare și/sau cu medicamente

și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023; 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;

ac) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. c) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ad) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care se percepe contribuție personală și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

ae) să elibereze, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; nerespectarea acestei obligații conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației;

af) să respecte, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoloalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, sau că medicamentul este produs biologic, cu excepția situațiilor în care pacientului spitalizat i s-au prescris la externare medicamentele în baza consultațiilor interdisciplinare evidențiate în documentele medicale primare.

ag) să respecte prevederile art. 159 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu privire la inițierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecțiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prețurilor de referință aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referință cât și produsul/produsele biosimilare/biosimilare al/ale acestuia;

ah) să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul spitalelor private, pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile de acută finanțate pe baza sistemului DRG, conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023;

Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

În situațiile identificate în strânsă legătură cu evoluția clinică a cazului respectiv, furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

VI. Modalități de plată

Art. 8. - (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. 1.857/441/2023: **3.689.292,03 lei, conform anexei nr.1.**

b) **Suma pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici** - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății după caz - din alte spitale, care se stabilește astfel: **316.167,94 lei, conform anexei nr.2.**

Secția/ Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare*) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
TOTAL				...

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023.

Tarifele pe zi de spitalizare sunt cele prevăzute în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023. Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior.

c) Suma aferentă serviciilor medicale **paliative în regim de spitalizare continuă** este de 0,00 lei, și se stabilește astfel:

Numărul de paturi contractate pentru anul în curs x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023.

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. 1.857/441/2023, precum și

pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acută - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de boli cronice, 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. 1.857/441/2023: 0,00 lei

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în **regim de spitalizare de zi, 2.071.936,32 lei** care se stabilește astfel: **conform anexei nr.3**

Servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri*)	Număr servicii medicale/cazuri rezolvate negociat	Tarif pe caz rezolvat/serviciu medical **)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale/cazurilor contractate
c1	c2	c3	c4 = c2 x c3
TOTAL	x	x	

*) Tipurile de servicii medicale/cazuri rezolvate sunt prevăzute în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023.

**) Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023.

(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 Ministerului 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 în curs este de **6.077.396,29 lei**.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul în curs se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acută, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronică, servicii paliative, după cum urmează:

Suma totală aferentă anului în curs:	6.077.396,29				
	Total	Acuți *) suma prevăzută la alin. (1) lit. a) sau lit. d)	Cronici *) suma prevăzută la alin. (1) lit. b)	Îngrijiri Paliative *) suma prevăzută la alin. (1) lit. c)	Spitalizare de zi *) suma prevăzută la alin. (1) lit. e)
0	1=2+3+4+5	2	3	4	5
Trimestrul I	1.660.849,82	994.414,40	93.490,77	0,00	572.944,65
ianuarie	583.750,38	361.605,24	31.163,59		190.981,55
februarie	521.710,26	299.565,12	31.163,59		190.981,55
martie	555.389,18	333.244,04	31.163,59		190.981,55
Trimestrul II	1.618.323,07	951.872,63	93.490,77	0,00	572.959,67
aprilie	528.800,57	306.655,43	31.163,59		190.981,55
mai	576.667,59	354.514,94	31.163,59		190.989,06
iunie	512.854,91	290.702,26	31.163,59		190.989,06
Trimestrul III	2.098.667,55	1.307.253,75	96.889,80	0,00	694.524,00
iulie	699.555,85	435.751,25	32.296,60		231.508,00
august	699.555,85	435.751,25	32.296,60		231.508,00
septembrie	699.555,85	435.751,25	32.296,60		231.508,00
Trimestrul IV	699.555,85	435.751,25	32.296,60	0,00	231.508,00
octombrie	699.555,85	435.751,25	32.296,60		231.508,00
noiembrie	0,00				
decembrie	0,00				
TOTAL 2023	6.077.396,29	3.689.292,03	316.167,94	0,00	2.071.936,32

Suma pentru punerea în aplicare a art.1 alin (4) din OUG 15/2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare: **1983,76 lei, conform anexei nr.4**

(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. 1.857/441/2023.

(6) Lunar, până la data de 20 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 transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 5, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative 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 electronică extinsă/calificată a 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 transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până în ultima zi 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 începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate

pe parcursul anului, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

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

Art. 9. - (1) Prin excepție de la prevederile art. 5 lit. b) și j) și art. 8 alin. (6), pentru persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, la nivelul realizat.

(2) În situația în care serviciile medicale acordate acestor persoane depășesc nivelul contractat de furnizorii de servicii medicale spitalicești cu casele de asigurări de sănătate, se vor încheia, în termen de 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

(3) Actele adiționale de suplimentare a valorii de contract pentru situațiile prevăzute la alin. (2), pentru acoperirea serviciilor acordate peste valoarea de contract, se vor încheia în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Art. 10. - (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 7 lit. d), f) - i), j) - l), m), n) - r), ș), t), z), aa), ab) și ah), precum și a obligației prevăzută la art. 100 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

b) la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor.

(2) Nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la art. 7 lit. s) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) recuperarea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 1% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective;

b) recuperarea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 2% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a);

c) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente, inclusiv pentru raportarea de medicamente expirate în trimestrul respectiv, trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respectiv(e), la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate și raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății precum și situațiile în care furnizorul de sănătate nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată. În situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată și cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 7 lit. x), ad) și af) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor.

(4) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. y), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. y) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute în contract.

(5) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 7 lit. a), e), t), u), v), și w), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care sau înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua și la următoarele constatări, se diminuează cu 0,1% valoarea totală de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(6) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (5) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(7) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate și care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării alin. (1) - (5) și (7) se face prin plată directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) 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).

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Art. 11. Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. RO84TREZ52921F332100XXXX, deschis la TREZORERIA BUSTENI

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 12. - 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. 13. - Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 14. - 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. 15. - (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

Art. 16. - Efectuarea de servicii medicale 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. 17. - 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, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea și suspendarea contractului

Art. 18. - (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 sau revocarea de către autoritățile competente a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscriserii în procesul de acreditare 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 acreditare/înscriserii în procesul de acreditare;

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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, 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.

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situație;

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

(3) Pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secția/secțiile care nu îndeplinesc condițiile de contractare.

În situația în care toate secțiile spitalului nu îndeplinesc condițiile de contractare, suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității, iar valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

Art. 19. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre 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, desființare sau transformare 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/inregistrate 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 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.

Art. 20. - Situațiile prevăzute la art. 18 alin. (1) și la art. 19 alin. (1) lit. a) subpct. 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. 19 alin. (1) lit. a) subpct. 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. Corespondența

Art. 21. - (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

Art. 22. - 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 propunerii de modificare cu cel puțin 3 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. 23. - (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. 1.857/441/2023.

Art. 24. - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează 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. 25. - (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

1. Decontarea serviciilor medicale se realizeaza lunar, in termen de 20 zile calendaristice, in limitele prevederilor bugetare trimestriale alocate, precum si a creditelor bugetare deschise de ordonatorul principal de credite la acest capitol de asistenta medicala pe parcursul anului 2023.

2. Spitalul are obligatia de a raporta lunar catre CAS Prahova atat situatia privind cazurile prezentate ca urmare a situatiilor in care le-au fost aduse daune sănătății prin fapta altor persoane, cat si situatia privind stadiul fiecarui caz raportat anterior in vederea recuperarii sumelor datorate, in interiorul termenului de prescriptie prevazut de lege.

Spitalul care acorda asistenta medicala persoanelor cărora le-au fost aduse daune sănătății prin fapta altor persoane, are obligatia de a recupera sumele de la persoanele care răspund potrivit legii și au obligația de a le restitui caselor de asigurari de sanatate, reintregind astfel, Fondul National de Asigurari Sociale de Sanatate.

3. Spitalul are obligatia de a restitui catre CAS Prahova in termen de 10 zile lucratoare de la data incasarii de la persoana vinovata a contravalorii cazului raportat ca accident rutier sau agresiune. In caz contrar, spitalul va plati dobanzi accesorii calculate inclusiv pana data restituirii sumei incasate.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 30.06.2023, avand un numar de 20 pagini.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE PRAHOVA

Director General,
Maguleanu Catalin

Director Executiv Directia Economica,
Burlacu Adriana

Director Executiv Directia Relatii Contractuale,
Stoea Catalin

Sef Serviciu Evaluare, Contractare FSMFDM,
Dridea Mihaela

Vizat
Compartiment Juridic, Contencios

Intocmit,
Iordan Angela

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
A JUDETULUI PRAHOVA
VIZAT PENTRU LEGALITATE

CASA DE ASIGURARI
DE SANATATE PRAHOVA
VIZAT PENTRU CONTROL FINANCIAR
PREVENTIV PROPRIU
2023 2 06 30
Seminatur

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE, Spitalul Orasenesc Sinaia

Manager,

MARIANA
MIU-
GRIGORESCU
Date: 2023.07.06
14:48:59 +03'00'

Director medical,

Director financiar-contabil,

Director de îngrijiri,

Director de cercetare-dezvoltare,

Suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti cf. art. 7 (1), lit.a din contractul de furnizare servicii medicale
spitalicesti

Luna	Nr. cazuri externate	ICM	Tarif pe caz ponderat	Total suma contractata, din care:	Suma contractata conform prevederilor art. 7 alin (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021
ianuarie 2023	204	1,0372	1.709	361.605,24	70.902,98
februarie 2023	169	1,0372	1.709	299.565,12	8.862,86
martie 2023	188	1,0372	1.709	333.244,04	42.541,78
trim. I 2023	561			994.414,40	122.307,62
aprilie 2023	173	1,0372	1.475	306.655,43	15.953,17
mai 2023	200	1,0372	1.475	354.514,94	63.812,68
iunie 2023	164	1,0372	1.475	290.702,26	
trim. II 2023	537			951.872,63	79.765,85
iulie 2023	236	1,0804	1.709	435.751,25	
august 2023	236	1,0804	1.709	435.751,25	
septembrie 2023	236	1,0804	1.709	435.751,25	
trim. III 2023	708			1.307.253,75	
octombrie 2023	236	1,0804	1.709	435.751,25	
noiembrie 2023	0	1,0804	1.709	0,00	
decembrie 2023	0	1,0804	1.709	0,00	
trim. IV 2023	236			435.751,25	
AN 2023	2.042			3.689.292,03	202.073,47

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
PRAHOVADIRECTOR GENERAL
Maguleanu CatalinDIRECTOR DIRECTIA ECONOMICA,
Burlacu AdrianaDIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE,
Stoea CatalinSEF SERVICIU Evaluare, Contractare FSMFDM,
Dridea MihaelaVIZAT,
Compartiment Juridic, ContenciosIntocmit,
Iordan AngelaFURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALUL ORASENESC SINAIA

MANAGER,

MARIANA MIU-GRIGORESCU
Date: 2023.07.06 14:49:28
+03'00'

DIRECTOR MEDICAL,

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,

DIRECTOR DE INGRIJIRI,

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
A JUDETLUI PRAHOVA
VIZAT PARTI LEGAL TARE

Suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti cf. art. 7 (1), lit. b din contractul de furnizare servicii medicale spitalicesti:

Luna	Sectia/comp.	Nr. cazuri externate	Durata optima de spitalizare	Tarif/zi de spitalizare	Suma
ianuarie 2023	Medicina interna cronici	12	11,30	229,82	31.163,59
februarie 2023	Medicina interna cronici	12	11,30	229,82	31.163,59
martie 2023	Medicina interna cronici	12	11,30	229,82	31.163,59
trim. I 2023		36			93.490,77
aprilie 2023	Medicina interna cronici	12	11,30	229,82	31.163,59
mai 2023	Medicina interna cronici	12	11,30	229,82	31.163,59
iunie 2023	Medicina interna cronici	12	11,30	229,82	31.163,59
trim. II 2023		36			93.490,77
iulie 2023	Medicina interna cronici	13	10,81	229,82	32.296,60
august 2023	Medicina interna cronici	13	10,81	229,82	32.296,60
septembrie 2023	Medicina interna cronici	13	10,81	229,82	32.296,60
trim. III 2023		39			96.889,80
octombrie 2023	Medicina interna cronici	13	10,81	229,82	32.296,60
noiembrie 2023	Medicina interna cronici		10,81	229,82	0,00
decembrie 2023	Medicina interna cronici		10,81	229,82	0,00
trim. IV 2023		13			32.296,60
AN 2023		124			316.167,94

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
PRAHOVA

DIRECTOR GENERAL
Maguleanu Catalin

DIRECTOR DIRECTIA ECONOMICA,
Burlacu Adriana

DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE,
Stoea Catalin

SEF SERVICIU Evaluare, Contractare FSMFDM,
Dridea Mihaela

VIZAT,
Compartiment Juridic, Contencios

Intocmit,
Iordan Angela

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALUL ORASENESC SINAIA

MANAGER,

MARIANA MIU-GRIGORESCU
GRIGORESCU
Digitally signed by
MARIANA MIU-GRIGORESCU
Date: 2023.07.06 14:49:48
+03'00'

DIRECTOR MEDICAL,

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,

DIRECTOR DE INGRIJIRI,

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
A JI DFTULUI PRAHOVA
VIZAT PENTRU LEGALITATE

Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, conform art. 7(1), lit. e din contractul de furnizare servicii medicale spitalicesci - CAZURI MEDICALE (B.1)

Cod diagnostic	Denumire afectiune (diagnostic)	Numar cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri												Tarif pe caz rezolvat medical ian-lun 2023	Tarif pe caz rezolvat medical iul-dec 2023
		ianuarie	februarie	martie	aprilie	mai	iunie	iulie	august	septembrie	octombrie	noiembrie	decembrie	Total AN 2023	
SPT_M001	A04.9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			40	352,87
SPT_M003	A09	10	10	10	10	9	9	10	10	10	10			98	296,01
SPT_M004	A49.9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			40	352,87
SPT_M007	D17.1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	261,78
SPT_M008	D50.0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			50	388,30
SPT_M009	D50.8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			70	616,61
SPT_M010	D60.9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			30	394,45
SPT_M013	E10.65	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			70	351,32
SPT_M106	E10.71	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			100	439,15
SPT_M014	E11.65	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			100	396,22
SPT_M107	E11.71	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			108	495,26
SPT_M015	E11.9	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6			60	354,43
SPT_M108	E13.65	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			20	495,26
SPT_M017	E44.1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6			60	420,09
SPT_M018	E66.0	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			70	353,72
SPT_M109	E78.2	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8			80	442,14
SPT_M021	F50.9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			100	344,84
SPT_M022	G45.0	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			70	264,23
SPT_M024	I20.8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	317,13
SPT_M026	I25.9	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8			80	350,88
SPT_M030	I67.2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			20	373,66
SPT_M032	I83.9	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			70	444,96
SPT_M033	J00	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			50	193,73
SPT_M034	J02.9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			50	189,65
SPT_M035	J03.9	14	14	14	14	14	14	15	15	15	15			144	191,37
SPT_M036	J06.8	16	16	16	16	16	16	25	25	25	25			196	199,01
SPT_M037	J06.9	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2			26	189,57
SPT_M038	J12.9	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3			36	432,04

Cod diagnostic	Denumire afectiune (diagnostic)	Numar cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri																Tarif pe caz rezolvat medical ian-iun 2023	Tarif pe caz rezolvat medical iul-dec 2023
		1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	462,04
SPT_M039 J15.8	Alte pneumonii bacteriene	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	462,04
SPT_M040 J18.1	Pneumonia lobara, nespecificata	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	466,64
SPT_M041 J18.8	Alte pneumonii cu micro-organisme nespecificate	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	36	435,76	435
SPT_M042 J18.9	Pneumonie, nespecificata	16	16	16	16	16	16	16	15	15	15	15	15	15	15	15	156	484,15	484
SPT_M043 J20.9	Bronsiita acuta, nespecificata	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	66	195,25	195
SPT_M044 J44.0	Boala pulmonara obstructiva cronica cu infectie acuta a calor respiratorii inferioare	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	46	435,48	435
SPT_M045 J44.1	Boala pulmonara obstructiva cronica cu exacerbare acuta, nespecificata	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	46	429,53	429
SPT_M046 J44.9	Boala pulmonara obstructiva cronica, nespecificata	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	417,69	417
SPT_M047 J45.0	Astmul cu predominanta alergica	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	205,49	205
SPT_M048 J47	Bronsiectazia	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	411,57	411
SPT_M049 J84.8	Alte boli pulmonare interstițiale specifice	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	440,52	440
SPT_M050 J84.9	Boala pulmonara interstițiala, nespecificata	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	16	442,44	442
SPT_M051 K21.0	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagita	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	355,99	355
SPT_M052 K21.9	Boala refluxului gastro-esofagian fara esofagita	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	266,58	266
SPT_M053 K26.3	Boala duodenal, acut fara hemoragie sau perforate, diagnosticat anterior	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	232,75	232
SPT_M054 K29.1	Alte gastrite acute	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	361,14	361
SPT_M055 K29.5	Gastrita cronica, nespecificata	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	90	363,27	363
SPT_M057 K30	Dispepsia	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	160	208,76	208
SPT_M058 K52.9	Gastroenterita si colita neinfecțioase, nespecificate	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	279,34	279
SPT_M060 K58.9	Sindromul intestinului iritabil fara diaree	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	60	359,15	359
SPT_M062 K73.2	Hepatita activa cronica, neclasificata altundeva	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	470,03	470
SPT_M063 K75.2	Hepatita reactiva nespecifica	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	550,48	550
SPT_M064 K76.0	Degenerescența grasoasa a ficatului, neclasificata altundeva	14	14	14	14	14	14	14	13	13	13	13	13	13	13	13	134	460,24	460
SPT_M065 K81.1	Colecistita cronica	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	393,06	393
SPT_M069 L40.0	Psoriazis vulgaris	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	366,35	366
SPT_M070 L50.0	Urticaria alergica (fara Edem Quinke)	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	70	236,99	236
SPT_M071 L60.0	Unguia incarnata	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	344,59	344
SPT_M077 N30.0	Cistita acuta	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	256,59	256
SPT_M078 N39.0	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificata	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	90	246,99	246
SPT_M079 N47	Hipertrofia preputului, fimoză, parafimoza	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	60	265,67	265
SPT_M080 N73.9	Boala inflamatorie pelviana feminina, nespecificata	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	160,35	160
SPT_M081 N92.0	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclul menstrual regulat	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	385,07	385
SPT_M082 N92.1	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclul menstrual neregulat	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	270,34	270
SPT_M083 N92.4	Sangerari excesive in perioada de premenopauza	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	374,67	374
SPT_M084 N93.8	Alte sangerari anormale specifice ale uterului si vaginului	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	451,84	451
SPT_M085 N95.0	Sangerari postmenopauza	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	360,87	360
SPT_M087 O03.4	Avort spontan incomplet, fara complicatii	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	114,56	114
SPT_M089 O21.0	Hipertemeza gravidica usoara	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	145,87	145

Cod diagnostic	Denumire afectiune (diagnostic)	Numar cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri																Tarif pe caz rezolvat medical ian-iun 2023	Tarif pe caz rezolvat medical iul-dec 2023
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
SPT_M090	O23.1																10	147,75	147
SPT_M091	O34.2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	538,73	538
SPT_M092	R10.4	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	155,78	155
SPT_M093	R59.0	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	60	594,54	594
SPT_M096	Z46.6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	147,75	147
SPT_M098	Z51.88	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	170	383,83	383
SPT_M100	I70.21	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	317,13	317
SPT_M101	I80.3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	444,96	444
SPT_M104	I80.3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	444,96	444
TOTAL		391	391	391	391	391	391	391	391	391	391	391	391	391	391	391	0	3.918	

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE PRAHOVA

DIRECTOR GENERAL
Magdalena Catalina

DIRECTOR DIRECTIA ECONOMICA
Burlacu Adriana

DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE,
Stoica Catalin

SEF SERVICIU Evaluare, Contractare FSMFDM,
Drida Michael

WIZAT,
Compartiment Juridic Contencios

Intocmit,
Iordan Angela

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALUL ORASENESC SINAIA
MANAGER,

MARIANA MIU-
GRIGORESCU

DIRECTOR MEDICAL,

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,

DIRECTOR DE INGRUIRI,

Valoare ianuarie 2023: 135.636,26
Valoare februarie 2023: 135.636,26
Valoare martie 2023: 135.636,26
Valoare trim.I 2023: 406.908,78
Valoare aprilie 2023: 135.636,26
Valoare mai 2023: 134.880,01
Valoare iunie 2023: 134.880,01
Valoare trim.II 2023: 405.396,28
Valoare iulie 2023: 134.644,00
Valoare august 2023: 134.644,00
Valoare septembrie 2023: 134.644,00
Valoare trim.III 2023: 403.932,00
Valoare octombrie 2023: 134.644,00
Valoare noiembrie 2023: 0,00
Valoare decembrie 2023: 0,00
Valoare trim.IV 2023: 134.644,00
AN 2023 1.350.881,06



Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, conform art. 7(1), lit. e din contractul de furnizare servicii medicale spitalicesci - CAZURI CHIRURGICALE (B.2)

	Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Cod procedu ra	Denumire procedură chirurgicală	Numar cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri												Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală ian-lun 2023	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală iul-dec 2023	
				ianuarie	februarie	martie	aprilie	mai	iunie	iulie	august	septembrie	octombrie	noiembrie	decembrie			Total AN 2023
SPT_C100	Pterigion cu plastie	C01302	Excizia pterigionului							3	3	3	3			12		286
SPT_C101	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagofthalmie) ptoza palpebrala	C08003	Corectia ectropionului sau entropionului prin strangerea sau scurtarea retractorilor inferiori							3	3	3	3			12		286
SPT_C102	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagofthalmie) ptoza palpebrala	C08004	Corectia ectropionului sau entropionului prin alte corectii ale retractorilor inferiori							3	3	3	3			12		286
SPT_C103	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagofthalmie) ptoza palpebrala	C08005	Corectia ectropionului sau entropionului prin tehnici de sutura							3	3	3	3			12		286
SPT_C054	Hemoroidectomia	J08504	Hemoroidectomia	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			50	731,73	731
SPT_C061	Endoscopie digestiva superioara	J13901	Panendoscopia pana la duoden	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			100	430,65	430
SPT_C069	Terapia chirurgicală a fimozei	L03702	Circumcizia la barbat	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	224,31	224
SPT_C070	Terapia chirurgicală a fimozei	L04101	Reducerea parafimozei	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			20	224,31	224
SPT_C078	Debridarea excizionala a partilor moi	O19301	Debridarea excizionala a partilor moi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	753,08	753
SPT_C079	Debridarea excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	P02201	Debridarea excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			70	753,08	753
SPT_C082	Biopsia tegumentului si tesutului subcutanat	P01701	Biopsia tegumentului si tesutului subcutanat	2	2	2	2	3	3	6	6	6	6			38	706,47	706
SPT_C083	Incizia si drenajul tegumentelor si ale tesutului subcutanat	P00701	Incizia si drenajul hematomului tegumentar si al tesutului subcutanat	8	8	8	8	8	8	12	12	12	12			96	602,02	602
SPT_C105	Incizia si drenajul tegumentelor si ale tesutului subcutanat	P00702	Incizia si drenajul abceselor tegumentelor si ale tesutului subcutanat	4	4	4	4	4	4	7	7	7	7			52	602,02	602
SPT_C106	Incizia si drenajul tegumentelor si ale tesutului subcutanat	P00703	Alte incizii si drenaje ale tegumentelor si tesutului subcutanat	4	4	4	4	4	4	7	7	7	7			52	602,02	602
SPT_C086	Excizia leziunilor tegumentare si tesutului subcutanat	P01901	Excizia leziunilor tegumentare si tesutului subcutanat in alte zone	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6			60	644,17	644
SPT_C087	Chiuretai cu biopsia de endometru	M02501	Biopsia de endometru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	515,57	515
SPT_C088	Indepartarea corpiilor straini din tegument si tesutul subcutanat cu incizie	P00601	Indepartarea corpiilor straini din tegument si tesutul subcutanat cu incizie	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3			20	526,29	526
SPT_C089	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziuni multiple/leziune unică	P01309	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziune unica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	316,44	316
SPT_C090	Repararea plagilor tegumentare si ale tesutului subcutanat, implicand tesuturile mai profunde	P02902	Repararea plagilor tegumentare si ale tesutului subcutanat in alte zone implicand si tesuturile profunde	5	5	5	5	5	5	7	7	7	7			58	644,17	644
SPT_C092	Rezectia partiala a unghiei incarnate	P02504	Rezectia partiala a unghiei incarnate	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			20	328,21	328
SPT_C107	Biopsia leziunii peniene	L03701	Biopsia peniana	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			30	624,10	624
SPT_C108	Terapia chirurgicala a varicocelului	L02801	Cura varicocelului	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	937,26	937

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Denumire procedură chirurgicală	Cod procedură	Numar cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri												Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală Ian-Iun 2023	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală Iul-Dec 2023
			ianuarie	februarie	martie	aprilie	mai	iunie	iulie	august	septembrie	octombrie	noiembrie	decembrie	Total AN 2023	
SPT_C109	Orhidectomia unilaterală (excizia testicolului)	L02501	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	556
SPT_C110	Orhidectomia bilaterală (excizia testiculelor)	L02502	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	556
SPT_C111	Excizia spermatoceleului, unilateral	L02303	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	556
SPT_C112	Excizia spermatoceleului, bilateral	L02304	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	556
SPT_C113	Terapia chirurgicală a hidroceleului	L02301	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	556
SPT_C114	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	L00404	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	624
SPT_C122	Cistotomia percutanată cu inserția percutanată a cateterului suprapubic	K05303	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	301
SPT_C123	Cistoscopia	K04901	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	344
SPT_C125	Excizia tumorii corneo-coniunctivale	C01201							2	2	2	2			8	286
SPT_C126	Excizia tumorii corneo-coniunctivale	C01202					1	1	2	2	2	2			10	286
SPT_C128	Excizia tumorii corneo-coniunctivale	C02201							2	2	2	2			8	286
SPT_C131	Procedee închise de restabilire a permeabilității sistemului canalicular lacrimal, un ochi	C09001					1	1	30	30	30	30			122	683
TOTAL			72	72	72	72	76	76	138	138	138	138	0	0	992	

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALUL ORASENESC SINAIA

MANAGER,

MARIANA MIU-
Maguleanu, Catalin
GRIGORESCU /
Data: 2023.02.06 14:03:38
+03'00'

DIRECTOR MEDICAL,

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,

DIRECTOR DE INGRIJIRI,

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE PRAHOVA

DIRECTOR GENERAL
Maguleanu, Catalin

DIRECTOR DIRECTIA ECONOMICA,
Burlacu Adriana

DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE,
Stoica Catalin

SEF SERVICIU Evaluare, Contractare FS IFDM,
Drăghici Mihaela

VIZAT,
Compartiment Juridic, Contencios

Intocmit,
Iordache Anabela

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
A JUDETELUI PRAHOVA
VIZAT PENTRU CALITATE

Valoare ianuarie 2023: 41.671,45
Valoare februarie 2023: 41.671,45
Valoare martie 2023: 41.671,45
Valoare trim.I 2023: 125.014,35
Valoare aprilie 2023: 41.671,45
Valoare mai 2023: 43.873,83
Valoare iunie 2023: 43.873,83
Valoare trim.II 2023: 129.419,11
Valoare iulie 2023: 78.472,00
Valoare august 2023: 78.472,00
Valoare septembrie 2023: 78.472,00
Valoare trim.III 2023: 235.416,00
Valoare octombrie 2023: 78.472,00
Valoare noiembrie 2023: 0,00
Valoare decembrie 2023: 0,00
Valoare trim.IV 2023: 78.472,00
AN 2023: 568.321,46

Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, conform art. 7(1), lit. e din contractul de furnizare servicii medicale spitalicesci -
SERVICIIL (B.3.2)

Denumire serviciu medical	Numar servicii medicale, contractate, pe tipuri												Tarif pe serviciu medical ian-lun 2023	Tarif pe serviciu medical iul-dec 2023
	ianuarie	februarie	martie	aprilie	mai	iunie	iulie	aug	sept	oct	nov	dec	Total AN 2023	
SPT_95 Psoarazis cronic sever pentru tratamentul cu (inmursupresoare****)	5	5	5	5	5	5	7	7	7	7			58	231,80 231
SPT_115 Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20			200	66,06 66
SPT_127 Implantarea cateterului venos central long-life destinat: administrării de medicamente, dializei cronice sau administrării de chimioterapie (in cure lungi de 6-24 luni) pentru pacienții oncologici, hematologici, dializati; Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central long-life	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	1.112,64 1.112
SPT_140 Implantarea cateterului venos central cu camera implantabila destinat: administrării de chimioterapie (in cure lungi de 6-24 luni) pentru pacienții oncologici, hematologici; Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central si cantei implantabile	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			10	1.390,80 1.390
SPT_191 Evaluarea Sindromului Post Covid-19	10	10	10	10	7	7	0	0	0	0			54	479,54 479
SPT_213 Tratamentul anemiei din boala cronică renală							2	2	2	2			8	999 999
SPT_231 Diagnosticul complex al bolii de suprafata oculară (DED) si al altor boli ale suprafatei oculare							5	5	5	5			20	583 583
SPT_237 Tratament și monitorizare injectie intraoculara							5	5	5	5			20	350 350
SPT_242 Tratament și monitorizare sondaj cai lacrimale la copil in narcotizare							3	3	3	3			12	800 800
TOTAL													392	

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE PRAHOVA

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALUL ORASENESC SINAIA

MANAGER,

MARIANA MIU-GRIGORESCU
Director General
Data: 2023/05/15 ora 11:40:00

DIRECTOR MEDICAL,

DIRECTOR DIRECȚIA RELAȚII CONTRACTUALE,
Stoia Catalin

SEF SERVICIUL Evaluator, Contractare FSMFDM,
Diana Mihaela

VIZAT,
Compartiment Juridic, Contencios

Intocmit,
Iordan Angela

Valoare ianuarie 2023: 9.779,04
Valoare februarie 2023: 9.779,04
Valoare martie 2023: 9.779,04
Valoare trim.I 2023: 29.337,12
Valoare aprilie 2023: 9.779,04
Valoare mai 2023: 8.340,42
Valoare iunie 2023: 8.340,42
Valoare trim.II 2023: 26.459,88
Valoare iulie 2023: 14.502,00
Valoare august 2023: 14.502,00
Valoare septembrie 2023: 14.502,00
Valoare trim.III 2023: 43.506,00
Valoare octombrie 2023: 14.502,00
Valoare noiembrie 2023: 0,00
Valoare decembrie 2023: 0,00
Valoare trim.IV 2023: 14.502,00
AN 2023: 113.805,00

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,

DIRECTOR DE INGRUIRI,



Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, conform art. 7(1), lit. e din contractul de furnizare servicii medicale spitalicesci -
SERVICII (B.4.1)

Cod SIUI	Denumire serviciu	Servicii obligatorii	Numar servicii medicale, contractate, pe tipuri												Tarif pe serviciu medical ian-iun 2023	Tarif pe serviciu medical iul-dec 2023	
			ianuarie	feb	martie	aprilie	mai	iunie	iulie	august	sept	oct	nov	dec	Total AN 2023		
SPT_179	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultatie de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogr	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			100	389,48	389
TOTAL			10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	100		

CASA DE ASIGURARE DE SANATATE PRAHOVA

DIRECTOR GENERAL
Magdalena Catalin

DIRECTOR DIRECTIA ECONOMICA,
Burlacu Adriana

DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE,
Stoia Catalin

SEF SERVICIU Evaluare, Contractare FSMFDM,
Dridea Mihaela

VIZAT,
Compartiment Juridic, Contencios

Intocmit,
Iordan Angela

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALUL ORASENESC SINAIA

MANAGER,

MARIANA MIU-
GRIGORESCU

DIRECTOR MEDICAL,

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,

DIRECTOR DE INGRUIJIRI,

Valoare ianuarie 2023: 3.894,80
Valoare februarie 2023: 3.894,80
Valoare martie 2023: 3.894,80
Valoare trim.I 2023: 11.684,40
Valoare aprilie 2023: 3.894,80
Valoare mai 2023: 3.894,80
Valoare iunie 2023: 3.894,80
Valoare trim.II 2023: 11.684,40
Valoare iulie 2023: 3.890,00
Valoare august 2023: 3.890,00
Valoare septembrie 2023: 3.890,00
Valoare trim.III 2023: 11.670,00
Valoare octombrie 2023: 3.890,00
Valoare noiembrie 2023: 0,00
Valoare decembrie 2023: 0,00
Valoare trim.IV 2023: 3.890,00
AN 2023 38.928,80

CASA DE ASIGURARE DE SANATATE
A JUDETULUI PRAHOVA
VIZAT PENTRU LEGALITATE

Sume pentru punerea in aplicare a art.1 alin (4) din OUG 15/2022 privind acordarea de sprijin si asistenta umanitara de catre statul roman cetatenilor straini sau apatrizilor aflati in situatii deosebite, proveniti din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificarile si completarile ulterioare

Luna	Suma pentru punerea in aplicare a art.1 alin (4) din OUG 15/2022, din care:	DRG	SPITALIZARE DE ZI
noiembrie 2022	1.431,19	1.431,19	0,00
decembrie 2022	552,57	418,16	134,41
TOTAL AN 2022	1.983,76	1.849,35	134,41
TOTAL AN 2023	0,00	0,00	0,00
TOTAL AN 2023 + AN 2022	1.983,76	1.849,35	134,41

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE PRAHOVA

DIRECTOR GENERAL,
Maguleanu Catalin

DIRECTOR DIRECTIA ECONOMICA,
Burlacu Adriana

DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE,
Stoea Catalin

SEF SERVICIU Evaluare, Contractare FSMFDM,
Dridea Mihaela

VIZAT,
Compartiment Juridic, Contencios

Intocmit,
Iordan Angela

DE ASIGURARE DE SANATATE
Județul Ialomița
PENTRU LEGALITATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SPITALUL ORASENESC SINAIA

MANAGER,

MARIANA
MIU-
GRIGORESCU

Digitally signed by
MARIANA MIU-
GRIGORESCU
Date: 2023.07.06
14:51:34 +03'00'

DIRECTOR MEDICAL,

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL,

DIRECTOR DE INGRIJIRI,

CONVENȚIE
privind eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente
cu și fără contribuție personală
20/ 30-06-2023

I. Părțile convenției:

Casa de Asigurări de Sănătate Prahova, cu sediul în municipiul Ploiești, CUI 11319359, str. Praga, nr.1, județul PRAHOVA, telefon 0244 594 600/fax 0244 511 443, adresa e-mail info@casph.ro, reprezentată prin Director general OCTAVIAN-CĂTĂLIN MĂGULEANU

și

Spitalul Orasenesc Sinaia, având sediul în Sinaia, Str.Spitalului nr.2, CUI 2843299, județul PRAHOVA, telefon 0244 311951, fax 0244 311046 adresa e-mail spitalsinaia@yahoo.com, reprezentat prin MIU-GRIGORESCU MARIANA

II. Obiectul convenției

ART. 1

Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în vederea recunoașterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 1 și a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 521/2023.

ART. 2

(1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

- a) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești pentru elevi, respectiv studenți indiferent de localitatea de domiciliu a acestora;
- b) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap, aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adoptii, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;
- c) medicii care acordă asistență medicală din direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului sau organisme private acreditate, numai pentru copiii pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială în condițiile legii și numai în condițiile în care aceștia nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie;
- d) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;
- e) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;
- f) medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești, numai pentru elevi, respectiv studenți; medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate.
- g) medicii din unitățile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Suplerea a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

(2) Eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

- a) medicii/medicii dentiști/medicii stomatologi din cabinetele școlare și studentești;
- b) medicii care acordă asistență medicală din căminele pentru persoanele vârstnice;
- c) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adoptii;
- d) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;
- e) medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat.
- f) medicii din unitățile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Suplerea a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice se face de către:

- a) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;
- b) medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești pentru elevi, respectiv studenți, medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retro-alveolară, radiografie dentară panoramică și tomografie dentară CBCT.

(4) Prin medicii/medicii dentiști/medicii stomatologi din cabinete școlare și studentești menționați la alin. (1) - (3) se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, care sunt finanțate de la bugetul de stat.

(5) Lista medicilor de mai sus se regăsește în Anexa I.

IV. Obligațiile părților

ART. 3

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să informeze medicii cu care încheie convenții asupra condițiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;
- b) să controleze medicii privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul prezentei convenții;
- c) să țină evidențe distincte ale prescripțiilor medicale electronice, eliberate de aceștia;
- d) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de casa de asigurări de sănătate conform criteriilor din platforma informatică din asigurările de sănătate;
- e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții;
- f) să monitorizeze lunar investigațiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții.

ART. 4

Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau care eliberează prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală au următoarele obligații:

- a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;
- c) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii convenției, cu cel puțin 3 zile înainte de data la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării convenției; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în convenție;
- d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală;
- e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- f) să asigure utilizarea prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;
- g) să prescrie medicamente în următoarele condiții:

- medicii din cabinetele medicale școlare și studențești prescriu medicamente în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile, pentru elevi și studenți indiferent de localitatea de domiciliu a acestora; medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris;

- medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din căminele pentru persoanele vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie;

- medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;

- medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționare de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 cu modificările și completările ulterioare, pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, republicată cu modificările și completările ulterioare, conform specializării și numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru perioadele prevăzute la art. 156 alin. (9) din anexa 2 la H.G. nr. 521/2023;

- medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

- medicii din unitățile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

h) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, să completeze formularele 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 aceștia 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; să asigure utilizarea formularelor electronice (bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice și paraclinice) de la data la care acestea se implementează;

- i) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;
- j) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- k) să dețină semnătură electronică extinsă/calificată.

ART. 5

- (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 4 lit. i), se recuperează o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate.
- (2) Recuperarea sumelor prevăzute la alin. (1) și la art. 4 lit. f) și h) se face prin plată directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu atât pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cât și pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
- (3) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.
- (4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic.
- (5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (1) nerespectarea obligației de la art. 4 lit. i), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezenta convenție.

V. Rezilierea și încetarea convenției

ART. 6

- Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:
- a) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberează prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
 - b) nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 4 lit. a) - h) asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;
 - c) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte;
 - d) refuzul medicului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, potrivit prezentei convenții, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;
 - e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguraților în tratamentul ambulatoriu, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare în domeniul sănătății.

ART. 7

Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:
 - a1) medicul nu mai desfășoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;
 - a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul care a încheiat convenția;
 - a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
 - a4) a survenit decesul medicului;
 - a5) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România;
- b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- c) acordul de voință al părților;
- d) denunțarea unilaterală a convenției de către medic sau de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea convenției.

ART. 8

Situațiile prevăzute la art. 6 și la art. 7 lit. a) subpct. a2), a4) și a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situația prevăzută la art. 7 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

ART. 9

- (1) Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților.
- (2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție să notifice celelalte părți schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție să notifice celeilalte părți schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

VII. Modificarea convenției

ART. 10

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată 30-06-2023, având un număr de 5 pagini.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
PRAHOVA

Director General,
Maguleanu Catalin

Director Executiv Direcția Economica,
Burlacu Adriana

Director Executiv Direcția Relații Contractuale,
Stoea Catalin

Sef Serviciu Evaluare, Contractare FSMFDM,
Dridea Mihaela

Vizat
Compartiment Juridic, Contencios

Intocmi
Iordan Angela

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Spitalul Orasenesc Sinaia

Reprezentant legal,
Miu-Grigorescu Mariana

MARIANA
MIU-
GRIGORESCU

Digitally signed by
MARIANA MIU-
GRIGORESCU
Date: 2023.07.13
15:25:47 +03'00'



la
CONVENȚIE
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de
trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale
electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală
20/30-06-2023

Lista medicilor care pot încheia convenții:

Nr. crt.	Nume	CNP/CID	Cod parafă	Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România
1	DUMITRU ALINA-ELENA	2680604163282/40911099555343283412	951832	107357/2022
2	STEREȘ ELENA-MĂDĂLINA	2780316296184/40788413428740991767	B70232	96096/2023
3	DÎNGĂ STELA	2670915513517/40431691768564534239	E80036	B16 366/2016
4	STOICA-MIRON SORINA	2810623080045/40121587311083392816	B73136	106349/2023
5	VASILE MĂLINA-PETRONELA	2820629284572/40136924332047744685	B74147	48451/2018
6	TĂNASE IONELA-CRISTINA	2851111460027/40163649648031156114	F35853	65749/2023
7	ȘEICARU ALINA-GEORGIANA	2871227160041/40141641749017894571	E52173	54732/2023

Intocmit,
Iordan Angela

MARIANA Digitally signed
MIU- by MARIANA
GRIGORESCU MIU-
CU GRIGORESCU
Date: 2023.07.13
15:26:04 +03'00'