



Casa de Asigurari de Sanatate Giurgiu

Sos. Vlad Tepes , Bloc MUV1, Parter, Giurgiu

tel: 0246-216796, Fax: 0246-216202, Terverde 0800800957

E-mail: [office@casgr.ro](mailto:office@casgr.ro)

<http://www.casgr.ro>

Nr. ~~666~~ 127.04.2015

ACT ADIȚIONAL nr.8 /27.04.2015

la

**CONTRACTUL**

de furnizare de servicii medicale

nr.122/ 30.06.2014

## I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate Giurgiu, cu sediul în municipiul/orașul Giurgiu, str. Vlad Tepeș, nr. - , bl MUV I, județul/sectorul GIURGIU, telefon 0246216796, fax 0246216202, reprezentată prin președinte-director general Ing.MARIN CONSTANTIN și

Unitatea sanitară cu paturi Spitalul de Pneumoftiziologie Izvoru , cu sediul în com. Vinatorii Mici, sat Izvoru, telefon 0246265023, reprezentat prin Dr. STEGARU PATRICIA.

## II. Obiectul actului adițional

Avand in vedere prevederile art.250 din Legea nr.95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr.388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014-2015, cu modificarile si completarile ulterioare, partile contractante de comun acord convin modificarea si completarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicessti mai sus mentionat dupa cum urmeaza:

Art.1: ART.2(1) se modifica si va avea urmatorul cuprins : „ Serviciile medicale spitalicessti 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 situațiile prevăzute în anexa 1 la Capitolul I, litera C pct. 1 și la capitolul II litera F pct. 12 din HG nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare”

Art.2 : ART.3 se modifica si va avea urmatorul cuprins:„ Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2015”.

Art 3 : ART.6 lit.f se modifica si va avea urmatorul cuprins: „ să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se

utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale”.

Art 4 : ART.6 lit.r se modifica si va avea urmatorul cuprins: „ să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare”.

Art 5 : ART.6 lit.am se modifica si va avea urmatorul cuprins: „ să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/ adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate”.

Art 6 : ART.6 lit.ao se modifica si va avea urmatorul cuprins:„ să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii”.

Art 7 : ART.6 lit.ap se modifica si va avea urmatorul cuprins: „ să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate”.

Art 8 : ART.6 lit.aq se modifica si va avea urmatorul cuprins: „ 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”.

Art 9 : ART.6 lit.ar se modifica si va avea urmatorul cuprins: „ să elibereze pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate care sunt în tratament pentru boala/bolile cronice cu medicamente, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate și cu medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital.

Art 10 : ART.6 lit.as si lit. as se exclud din contract.

Art 11 : ART.7(1) se modifica si va avea urmatorul cuprins: „ Valoarea totală contractată se constituie din suma de **4.941.585,00 lei** pentru spitalele de cronici, 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 conform anexei nr.1.

(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 2015 este de **4.941.585,00** lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2015 se defalchează lunar și trimestrial, după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I **1.450.215,00** lei,  
din care:
  - luna I 497.835,00 lei
  - luna II 483.405,00 lei
  - luna III 468.975,00 lei
- Suma aferentă trimestrului II **1.505.400,00** lei,  
din care:
  - luna IV 497.940,00 lei
  - luna V 503.730,00 lei
  - luna VI 503.730,00 lei
- Suma aferentă trimestrului III **1.511.190,00** lei,  
din care:
  - luna VII 503.730,00 lei
  - luna VIII 503.730,00 lei
  - luna IX 503.730,00 lei
- Suma aferentă trimestrului IV **474.780,00** lei,  
din care:
  - luna X 374.780,00 lei
  - luna XI 50.000,00 lei
  - luna XII 50.000,00 lei.

Art 12 : ART.7(7) se modifica si va avea urmatorul cuprins: „ Trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract de la data de 1 aprilie 2015 până la data de 30 noiembrie, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor”.

Art 13 : ART.8(1) se modifica si va avea urmatorul cuprins: „ Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a) - ae), ag) - al), ap) - ar) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

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

a) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 5% la valoarea de contract aferentă lunii respective suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a).

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

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

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

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

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

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

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

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

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

Art 14. Cap. XIV Alte clauze se completează cu următoarele:

- Pentru sumele recuperate de la furnizori reprezentând contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor și materialelor sanitare acordate asiguraților care nu îndeplineau condițiile să beneficieze de acestea, sau acordate asiguraților fără respectarea prevederilor legale se vor calcula accesorii.

Art 15. Pe tot cuprinsul contractului sintagma „HG nr.400/2014,, se înlocuiește cu sintagma „HG nr.400/2014 cu modificările și completările ulterioare,, iar sintagma „Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.619/360/2014 pentru aprobarea Normele metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014,, se înlocuiește cu sintagma,, Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015 pentru aprobarea Normele metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr.400/2014, cu modificările și completările ulterioare”.

Prezentul act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări de sănătate nr. 122/30.06.2014 a fost încheiat astăzi 27.04.2015 în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

#### Casa de Asigurari de Sanatate

Președinte-Director general,  
Ing. Marin Constantin

Directia Economica  
Director Ec. Popa Aurelia

Directia Relatii Contractuale  
Director Ec. Cartojan Adelina

Comp. juridic , contencios  
Jr. Radu Ioana

#### Furnizor de servicii medicale

Manager

Director Financiar Contabil

Director medical

