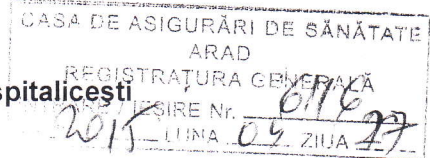


ACT ADIȚIONAL Nr. / 2015

la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Nr. / 2014



Având în vedere dispozițiile H.G. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului M.S./C.N.A.S. nr.388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, Contractul încheiat între Casa de Asigurări de Sănătate Arad și furnizorul de servicii medicale spitalicești IP. DE RECUPERARE NEURONOTORIE NEVA se modifică, se completează și se actualizează în conformitate cu prevederile legale, aplicabile începând cu 01.04.2015, astfel:

Art.1. Condițiile acordării și decontării serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească furnizate în baza prezentului act adițional sunt cele prevăzute în Anexele 23-25 la Ordinul M.S./C.N.A.S. nr.388/186/2015 precum și în celelalte acte normative incidente și aplicabile .

Art.2. Art. 2 din contract se modifică și se completează astfel încât va avea următorul conținut:

„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 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:

(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”.

Art.3. Art.3 din contract se modifică și se completează în sensul că valabilitatea contractului se prelungește pentru perioada 01.05.2015-31.12.2015.

Art.4. Art.6 lit. f), l), r), am), ao), ap), aq), si ar) din contract se modifică și se completează astfel încât aceste clauze vor avea următorul cuprins:

f) „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 asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale 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”;

l) „să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, până la data implementării prescripției electronice pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie”;

r) “să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare”;

am) “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”;

ao) “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”;

ap) „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”;

aq) „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”;

ar) „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./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.5. La Art.8 din contract se abrogă literele as) și aș).

Art.6. Art. 7 alin.(1), (3), (4) și (7) din contract se modifică și se completează astfel încât aceste clauze vor avea următorul cuprins:

(1) „Valoarea totală contractată pentru perioada aprilie – decembrie 2015 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. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare: lei

b) Suma 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 astfel:

Secția /Compartiment COD	Nr. cazuri externate	Durata de spitalizare*) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare/secție/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
	<i>conform</i>	<i>anexei</i>		<i>2.148 120</i>
TOTAL				

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 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.

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

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 2014.

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

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2015 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

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. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare precum și pentru serviciile medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de cronici, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare: lei

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

Număr de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale cazurilor contractate
C1	C2	C3=C1xC2
/	/	/
TOTAL	x	

*) Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

(3) „Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pentru perioada aprilie – decembrie 2015 este de 2.148.120 lei”.

(4) „Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2015 se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuți, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronici, servicii paliative, după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului II 881.280 lei,
- din care:
- luna IV 293.760 lei
- luna V 293.760 lei
- luna VI 293.760 lei
- Suma aferentă trimestrului III 881.280 lei,
- din care:
- luna VII 293.760 lei
- luna VIII 293.760 lei
- luna IX 293.760 lei
- Suma aferentă trimestrului IV 3.251.600 lei,
- din care:
- luna X 343.320 lei
- luna XI 6.120 lei
- luna XII 6.120 lei”

Sumele aferente perioadei ianuarie-martie 2015 au fost contractate prin actele adiționale încheiate la contractul pentru 2014.

(7) „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.7. Art. 8 alin.(1), (2), (3) și (4) din contract se modifică și se completează astfel încât aceste clauze vor avea următorul cuprins:

(1) „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. ao), 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. ao) 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”.

Art.8. Toate celelalte prevederi ale contractului care nu contravin actelor normative mai sus indicate rămân și se aplică nemodificate.

Art.9. Prezentul act adițional s-a încheiat astăzi. 27.04.2015, în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
ARAD,**

**PREȘEDINTE-DIRECTOR GENERAL,
DR. GHEORGHE DOMȘA**

**DIRECTOR ECONOMIC
EC. ANGELA COSMA**

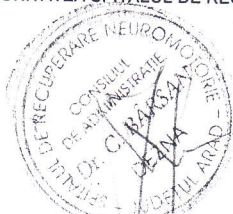
**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE,
JR. BIANCA GĂICEAN**

**VIZAT JURIDIC,
JR. CARMEN DUDAȘ**

**FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE,**

EN 27/28.12.2012

UNITATEA SPITALUL DE RECUPERARE NEUROMOTORIE DR.C.BARSAN DEZNA



AVIZAT
CONSILIU ADMINISTRATIE

BUGET DE VENITURI SI CHELTUIELI

SE APROBA,
ORDONATOR DE CREDITE IERARHIC SUPERIOR,

[Handwritten signature]

Nr. crt	Capitol	Subcap	Paragraf	Denumirea indicatorilor	Credite de angajament an 2012	Prevederi an 2012	Trim I	Trim II	Trim III	Trim IV
A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	6
1				TOTAL VENITURI PROPRII		3.233,18	856,88	771,06	743,10	862,14
2				I. VENITURI CURENTE		3.233,16	856,88	771,06	743,10	862,12
3				C. VENITURI NEFISCALE		3.233,16	856,88	771,06	743,10	862,12
4	30.10			C1 VENITURI DIN PROPRIETATE		8,42	3,70	2,50	2,10	0,12
5		05		Venituri din concesiuni și închirieri		8,42	3,70	2,50	2,10	0,12
6		50		Alte venituri din proprietate		0,00				
7				C2 VÂNZĂRI DE BUNURI ȘI SERVICII		3.224,74	853,18	768,56	741,00	862,00
8	33.10			VENITURI DIN PRESTĂRI DE SERVICII ȘI ALTE ACTIVITĂȚI		3.222,30	851,68	767,62	741,00	862,00
9		08		Venituri din prestări de servicii		84,98	30,00	35,00	8,39	11,59
10		16		Venituri din valorificarea produselor obținute din activitatea proprie sau anexă		0,00				
11		20		Venituri din cercetare		0,00				
12		21	*)	Venituri din contractele cu casele de asigurări de sănătate *)		3.137,32	821,68	732,62	732,61	850,41
13		30		Venituri din contractele încheiate cu DSP din sume alocate de la bugetul de stat		0,00				
14		31		Venituri din contractele încheiate cu DSP din sume alocate din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății		0,00				
15		32		Venituri din contractele încheiate cu Institutele de medicina legala din sume alocate de la bugetul de stat		0,00				
16				din servicii medicale spitalicești		3.137,32	821,68	732,62	732,61	850,41
17				din servicii medicale ambulatoriu specialitate		0,00				
18				din program sanatare		0,00				
19		50		Alte venituri din prestări de servicii și alte activități **)		0,00				
20	37.10			TRANSFERURI VOLUNTARE ALTELE DECÂT SUBVENȚIILE		2,44	1,50	0,94	0,00	0,00
21		01		Donații și sponsorizări		2,44	1,50	0,94		
22		50		Alte transferuri voluntare		0,00				
23		05		Alte transferuri voluntare		0,00				
24				II. VENITURI DIN CAPITAL		0,02	0,00	0,00	0,00	0,02
25	39.10			VENITURI DIN VALORIFICAREA UNOR BUNURI		0,02	0,00	0,00	0,00	0,02
26		01		Venituri din valorificarea unor bunuri ale instituțiilor publice		0,02				0,02
27		04		Venituri din privatizare		0,00				
28		50		Alte venituri din valorificarea unor bunuri		0,00				
29	40	10		OPERATIUNI FINANCIARE		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30		16		Imprumuturi din bugetul de stat pentru unitati sanitare		0,00				
31				IV. SUBVENȚII		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
32	42.10			Subvenții de la bugetul de stat		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
33		11		Subvenții de la bugetul de stat pentru spitale		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
34				Programe naționale de sănătate		0,00				
35				Investiții, în condițiile legii		0,00				
36				Reparații capitale		0,00				
37				Acțiuni de sănătate		0,00				
38				Aparatură medicală și echipamente de comunicații în urgență		0,00				
39				Alte cheltuieli		0,00				
40	43.10			Subvenții de la alte administrații		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
41		9		Subvenții pentru instituții publice - Sume alocate din bugetul constituit din contribuțiile (accize) pentru producerea, importul și publicitatea pentru produse din tutun și alcool		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
42				Acțiuni de sanatare		0,00				
43				Infrastructură sanitară		0,00				
44				Dotari		0,00				
45		10		Programe naționale de sănătate		0,00				
46				Subvenții de la bugetele locale pentru spitale		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
47				Infrastructură sanitară		0,00				
48				Dotari		0,00				
49				Bunuri și servicii		0,00				