

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. SSP/01.07.2011 79



### I. Părțile contractante

**Casa de Asigurări de Sănătate Galati**, cu sediul în municipiul/orașul Galati, str. Mihai Bravu nr.42, județul/sectorul Galati, telefon 0236/410111, fax 0236/413462, reprezentată prin **președinte - director general Dr.farm.Olimpia BUZIA**,

Și

Unitatea sanitară cu paturi **Spitalul de Psihiatrie "Elisabeta Doamna"**, cu sediul în Galati, str. Traian nr. 290, telefon: fix/fax 0236/479401 și 0236/470741, e-mail elisabeta\_doamna@yahoo.com, reprezentată prin **Manager Dr.Doina Zizi SANDU**,

### II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

### 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 medicosocială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, 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. Fac excepție urgențele medico-chirurgicale, bolile cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și tratament, internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, cele dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și cazurile care au recomandare de internare într-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care beneficiază de internare fără bilet de internare.

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

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratamente medicale și/sau chirurgicale;
- e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

### IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări

sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

#### **V. Obligațiile părților**

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

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, autorizați și evaluați, și să facă publică 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, conform legii;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale spitalicești, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate, și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, în limita valorii de contract;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
- d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale spitalicești cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;
- e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
- f) 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 contract, 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 contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.
- g) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;
- h) 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;
- i) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se încadreze în sumele contractate, funcție de realizarea indicatorilor



negociați, conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

k) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h. 1) să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.864/538/2011 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

2) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie la externare 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;

- l) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței și a dotărilor existente;
- m) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- n) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;
- o) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;
- q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;
- r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- s) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respective beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, după caz, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- t) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și în normele de aplicare a acestuia;
- v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital, sunt documente tipizate care se întocmesc în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;
- x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; în această situație, spitalul are obligația să depună la casa de asigurări de sănătate odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, pe fiecare secție, numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la

începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului.

y) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

z) să acorde serviciile medicale de urgență necesare, în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

w) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

aa) să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ab) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.864/538/2011 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

ac) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ad) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

ae) 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;

af) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu, prescripția medicală, 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;

ag) să recomande asiguraților tratamentul adecvat și eficient, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

ah) să raporteze distinct casei de asigurări de sănătate, cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului;

ai) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

aj) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ak) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că folosește protocoalele terapeutice proprii, elaborate și validate conform prevederilor legale în vigoare

al) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății în condițiile legii.

am) să asigure continuitatea asistenței medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepția spitalelor de specialitate și a spitalelor pentru bolnavii cu afecțiuni cronice;

## VI. Modalități de plată

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

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din Anexa 17: **7.089.573,57 lei**

b) Suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății, după caz) din alte spitale, care se stabilește astfel(anexa nr.2 la prezentul contract):

### PERIOADA IUNIE- DECEMBRIE 2011

Sectia/ Compartimentul	Numar cazuri externate	Durata optima de spitalizare sau dupa caz, durata de spitalizare efectiv realizata *)	Tarif pe zi de spitalizare/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2XC3XC4
PSIHIATRIE I CRONICI	120	50,00	94,00	564.000,00
PSIHIATRIE II CRONICI	120	50,00	94,00	564.000,00
PSIHIATRIE III CRONICI	120	50,00	94,00	564.000,00
PSIHIATRIE COPII CRONICI	18	50,00	94,00	84.600,00
<b>Total</b>	<b>378</b>	<b>50,00</b>	<b>94,00</b>	<b>1.776.600,00</b>

\*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. 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. 17 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel(anexa nr.3 la prezentul contract):

**PERIOADA IULIE- DECEMBRIE 2011**

Tip serviciu medical	Numar de servicii medicale contractate pe tipuri/cazuri	Tarif pe caz rezolvat negociat(lei)	Suma corespunzatoare serviciilor medicale contractate(lei)
	<b>C1.</b>	<b>C2.</b>	<b>C3=C1*C2</b>
Schizofrenie	120	481.34	57,760.80
Tulburare schizo-afectiva	120	481.34	57,760.80
Tulburare afectiva bipolara	120	481.34	57,760.80
Tulburare depresiva recurenta(monopolar depresiva)	120	481.34	57,760.80
Tulburare deliranta persistenta	120	481.34	57,760.80
Alte tulburari anxioase	115	481.34	55,354.10
Tulburari obsesiv compulsive	114	481.34	54,872.76
Reactie la stresul sever si tulburari de adaptare	114	481.34	54,872.76
Retardare mentala cu/fara tulburari de comportament	114	481.34	54,872.76
Demente degenerative, vasculare, mixte	114	481.34	54,872.76
Tulburari mentale si de comportament datorate folosirii alcoolului	114	481.34	54,872.76
Tulburari mentale si de comportament datorate folosirii drogurilor multiple si a altor substante psihoactive	114	481.34	54,872.76
<b>Total</b>	<b>1,399</b>		<b>673,394.66</b>

\*) Tariful pe serviciu medical se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările și completările ulterioare. Tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate, și nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanțate în sistem DRG;
- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanțate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități.
- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat dintre: tariful pe caz rezolvat din sistemul DRG și tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății, după caz) din alte spitale.

Suma contractată pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăși 25% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, cu respectarea condițiilor prevăzute în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările și completările ulterioare. Suma contractată pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalului, în cazul în care acesta nu este spital de urgență, și neinternate prin

spitalizare continuă, se stabilește prin înmulțirea nr. de cazuri și tariful negociat conform prevederilor de mai sus. Această sumă se evidențiază distinct în prezentul contract.

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgența, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru cazurile neinternate.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2011 este de **7.089.573,57 lei**.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2011 se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I 3.007.425,50 lei, din care:

- luna I 1.003.389,00 lei

- luna II 1.000.647,50 lei

- luna III 1.003.389,00 lei

- Suma aferentă trimestrului II 2.847.498,97 lei, din care:

- luna IV 1.000.647,50 lei

- luna V 1.000.647,50 lei

- luna VI 846.203,97 lei

- Suma aferentă trimestrului III 1.217.320,74 lei, din care:

- luna VII 405.773,58 lei

- luna VIII 405.773,58 lei

- luna IX 405.773,58 lei

- Suma aferentă trimestrului IV 17.328,36 lei, din care:

- luna X 5.776,12 lei

- luna XI 5.776,12 lei

- luna XII 5.776,12 lei.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările și completările ulterioare. Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial de către casele de asigurări de sănătate se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și în condițiile prevăzute la același articol.

(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 depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de 7, 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 depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de 18. Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor. Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării,

urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până la data de 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 până la această dată, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

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

Art. 8 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract, atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

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

b) la a doua constatare reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

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

(2) Reținerea sumei conform alin. (1) se face, din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

(4) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respective autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 9 Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. RO85TREZ3065041XXX009331, deschis la Trezoreria Statului.

#### **VII. Calitatea serviciilor medicale**

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

#### **VIII. Răspunderea contractuală**

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

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

#### **IX. Clauze speciale**

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de

răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă 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. 14 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. 15 În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

#### **X. Încetarea și suspendarea contractului**

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

- a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;
- b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;
- c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de 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 pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art 19 și art. 21 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 , aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, nu se aplică unităților sanitare cu paturi.

ART. 17 (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 din următoarele situații:
  - a1) furnizorul de servicii de medicale își încetează activitatea în raza administrativteritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
  - a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
  - a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- b) acordul de voință al părților;
- c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrate/inregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din

motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(3) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul se modifica din nou, din motive imputabile persoanelor prevazute la alin. (2), casele de asigurari de sanatate nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (2) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) 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. 17 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. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celelalte părți contractante schimbările survenite.

#### **XII. Modificarea contractului**

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 30 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință 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. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate 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**

ART. 24. Furnizorul de servicii medicale are obligatia sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care le-au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane si are obligatia sa comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala aceste evidente, in vederea decontarii, precum si cazurile pentru care furnizorul de servicii

medicale a recuperat cheltuielile efective, in vederea restituirii sumelor decontate de CAS pentru cazurile respective.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 01.07.2011, în două exemplare a câte 12 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

**Casa de Asigurari de Sanatate Galati**  
**Presedinte - Director general**  
**Dr.Farm.Olimpia BUZIA**



**Spitalul de Psihiatrie " Elisabeta Doamna**  
**Manager**  
**Ec.Doina SANDU**



**Director executiv al Directiei economice,**  
**Ec.Iulia PETCU**

**Director financiar-contabil**  
**Ec. Gabriela MITREA**

**Director executiv al Directiei relatii contractuale**  
**Ec.Oana DOCAN**

**Director medical**  
**Dr.Gabriela DRASOVEAN**

**Vizat**  
**Juridic, contencios**

**Compartiment relatii cu furnizorii**  
**Ec.Adrian NEACSU**

CM/C.M/01.07.2011

## ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. 5SP/01.07.2011

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. 21077/15.06.2011,
- actul de înființare sau de organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, MO din data de 04.03.0894,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. 1/27.10.2010, valabilă la data încheierii contractului,
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare nr.3264511,
- contul nr. RO85TREZ3065041XXX009331, deschis la Trezoreria Statului,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, nr. GL0008100003035/19.12.2010,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medicosanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. 73168/03.06.2011,
- copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea spitalului,
- lista afecțiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu și impun internarea, conform prevederilor art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.
- lista materialelor sanitare și a medicamentelor - denumiri comune internaționale (DCI) și forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menționarea DCI-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical,
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătății, în condițiile legii, în vigoare la data încheierii contractului,
- documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.
- indicatorii specifici stabiliți prin anexa nr. 17 la la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011- 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.
- indicatorii de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari.
- declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că folosește protocoalele terapeutice proprii, elaborate și validate conform prevederilor legale în vigoare;
- documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția spitalelor de specialitate și a spitalelor pentru bolnavi cu afecțiuni cronice;
- declarație pe proprie răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la

art. 62 alin. (2) din Contractulcadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;  
Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

COMP. C.D.S.SERVICII SPITALICESTI SI URGENTA PRESPITALICEASCA

ANEXA NR.1 LA CONTRACT NR.5SP/01.07.2011

Spitalul municipal "Elisabeta Doamna"  
ian-11

Sectie	Numar cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat(lei)	Suma contractata(lei)
PSIHATRIE I	116 110	2,741.50	301,565.00
PSIHATRIE II	116 110	2,741.50	301,565.00
PSIHATRIE III	116 128	2,741.50	350,912.00
PSIHATRIE COPII	18	2,741.50	49,347.00
<b>TOTAL</b>	<b>366</b>	<b>2,741.50</b>	<b>1,003,389.00</b>

feb-11

Sectie	Numar cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat(lei)	Suma contractata(lei)
PSIHATRIE I	116 110	2,741.50	301,565.00
PSIHATRIE II	116 110	2,741.50	301,565.00
PSIHATRIE III	116 128	2,741.50	350,912.00
PSIHATRIE COPII	17	2,741.50	46,605.50
<b>TOTAL</b>	<b>365</b>	<b>2,741.50</b>	<b>1,000,647.50</b>

mar-11

Sectie	Numar cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat(lei)	Suma contractata(lei)
PSIHATRIE I	116 110	2,741.50	301,565.00
PSIHATRIE II	116 110	2,741.50	301,565.00
PSIHATRIE III	116 128	2,741.50	350,912.00
PSIHATRIE COPII	18	2,741.50	49,347.00
<b>TOTAL</b>	<b>366</b>	<b>2,741.50</b>	<b>1,003,389.00</b>

trim.I 2011

Sectie	Numar cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat(lei)	Suma contractata(lei)
PSIHATRIE I	348 330	2,741.50	904,695.00
PSIHATRIE II	348 330	2,741.50	904,695.00
PSIHATRIE III	248 384	2,741.50	1,052,736.00
PSIHATRIE COPII	53 53	2,741.50	145,299.50
<b>TOTAL</b>	<b>1097</b>	<b>2,741.50</b>	<b>3,007,425.50</b>

apr-11

Sectie	Numar cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat(lei)	Suma contractata(lei)
PSIHATRIE I	116 110	2,741.50	301,565.00
PSIHATRIE II	116 110	2,741.50	301,565.00
PSIHATRIE III	116 128	2,741.50	350,912.00
PSIHATRIE COPII	17	2,741.50	46,605.50
<b>TOTAL</b>	<b>365</b>	<b>2,741.50</b>	<b>1,000,647.50</b>

mai-11

Sectie	Numar cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat(lei)	Suma contractata(lei)
PSIHATRIE I	116 110	2,741.50	301,565.00
PSIHATRIE II	116 110	2,741.50	301,565.00
PSIHATRIE III	116 128	2,741.50	350,912.00
PSIHATRIE COPII	17	2,741.50	46,605.50
<b>TOTAL</b>	<b>365</b>	<b>2,741.50</b>	<b>1,000,647.50</b>

perioada ianuarie-mai 2011

Sectie	Numar cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat(lei)	Suma contractata(lei)
PSIHATRIE I	550	2,741.50	1,507,825.00
PSIHATRIE II	550	2,741.50	1,507,825.00
PSIHATRIE III	640	2,741.50	1,754,560.00

PSIHIATRIE COPII	87	2,741.50	238,510.50
TOTAL	1827	2,741.50	5,008,720.50

jun-11

Sectia	Numar cazuri externate	ICM RoviDRG 2011*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2011**)	Suma contractata (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4
PSIHIATRIE I	191	1.0077	1,433.00	275,810.51
PSIHIATRIE II	191	1.0077	1,433.00	275,810.51
PSIHIATRIE III	191	1.0077	1,433.00	275,810.51
PSIHIATRIE COPII	13	1.0077	1,433.00	18,772.44
TOTAL	586	1.0077	1,433.00	846,203.97

iul-11

Sectia	Numar cazuri externate	ICM RoviDRG 2011*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2011**)	Suma contractata (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4
PSIHIATRIE I	90	1.0077	1,433.00	129,963.07
PSIHIATRIE II	90	1.0077	1,433.00	129,963.07
PSIHIATRIE III	90	1.0077	1,433.00	129,963.07
PSIHIATRIE COPII	11	1.0077	1,433.00	15,884.37
TOTAL	281	1.0077	1,433.00	405,773.58

aug-11

Sectia	Numar cazuri externate	ICM RoviDRG 2011*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2011**)	Suma contractata (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4
PSIHIATRIE I	90	1.0077	1,433.00	129,963.07
PSIHIATRIE II	90	1.0077	1,433.00	129,963.07
PSIHIATRIE III	90	1.0077	1,433.00	129,963.07
PSIHIATRIE COPII	11	1.0077	1,433.00	15,884.37
TOTAL	281	1.0077	1,433.00	405,773.58

sep-11

Sectia	Numar cazuri externate	ICM RoviDRG 2011*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2011**)	Suma contractata (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4
PSIHIATRIE I	90	1.0077	1,433.00	129,963.07
PSIHIATRIE II	90	1.0077	1,433.00	129,963.07
PSIHIATRIE III	90	1.0077	1,433.00	129,963.07
PSIHIATRIE COPII	11	1.0077	1,433.00	15,884.37
TOTAL	281	1.0077	1,433.00	405,773.58

oct-11

Sectia	Numar cazuri externate	ICM RoviDRG 2011*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2011**)	Suma contractata (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4
PSIHIATRIE I	1	1.0077	1,433.00	1,444.03
PSIHIATRIE II	1	1.0077	1,433.00	1,444.03
PSIHIATRIE III	1	1.0077	1,433.00	1,444.03
PSIHIATRIE COPII	1	1.0077	1,433.00	1,444.03
TOTAL	4	1.0077	1,433.00	5,776.12

nov-11

Sectia	Numar cazuri externate	ICM RoviDRG 2011*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2011**)	Suma contractata (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4
PSIHIATRIE I	1	1.0077	1,433.00	1,444.03
PSIHIATRIE II	1	1.0077	1,433.00	1,444.03

PSIHIATRIE III	1	1.0077	1,433.00	1,444.03
PSIHIATRIE COPII	1	1.0077	1,433.00	1,444.03
TOTAL	4	1.0077	1,433.00	5,776.12


dec-11

Sectia	Numar cazuri externate	ICM RoviDRG 2011*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2011**)	Suma contractata (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4
PSIHIATRIE I	1	1.0077	1,433.00	1,444.03
PSIHIATRIE II	1	1.0077	1,433.00	1,444.03
PSIHIATRIE III	1	1.0077	1,433.00	1,444.03
PSIHIATRIE COPII	1	1.0077	1,433.00	1,444.03
TOTAL	4	1.0077	1,433.00	5,776.12

perioada iunie-decembrie 2011

Sectia	Numar cazuri externate	ICM RoviDRG 2011*	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2011**)	Suma contractata (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4
PSIHIATRIE I	464	1.0077	1,433.00	670,031.81
PSIHIATRIE II	464	1.0077	1,433.00	670,031.81
PSIHIATRIE III	464	1.0077	1,433.00	670,031.81
PSIHIATRIE COPII	49	1.0077	1,433.00	70,757.64
TOTAL	1,441	1.0077	1,433.00	2,080,853.07
CONTRACT 2011	3,268			7,089,573.57

Sef Compartiment,



Intocmit,  
Ec. Marilena Curduman



COMPARTIMENT C.D.S. SERVICII SPITALICESTI SI DE URGENTA PRESPITALICESTI  
ANEXA NR.2 LA CONTRACT NR.5SP/01.07.2011

Spitalul municipal "Elisabeta Doamna"

compartiment PSIHIATRIE CRONICI

iun-11

Sectia	Numar cazuri externate	Tarif pe zi de spitalizare	Durata optima de spitalizare*)	Suma contractata(lei)
PSIHIATRIE I	18	94.00	50	84,600.00
PSIHIATRIE II	18	94.00	50	84,600.00
PSIHIATRIE III	18	94.00	50	84,600.00
PSIHIATRIE COPII	4	94.00	50	18,800.00
TOTAL	58	x	50	272,600.00

iul-11

Sectia	Numar cazuri externate	Tarif pe zi de spitalizare	Durata optima de spitalizare*)	Suma contractata(lei)
PSIHIATRIE I	33	94.00	50	155,100.00
PSIHIATRIE II	33	94.00	50	155,100.00
PSIHIATRIE III	33	94.00	50	155,100.00
PSIHIATRIE COPII	4	94.00	50	13,800.00
TOTAL	103	x	50	484,100.00

aug-11

Sectia	Numar cazuri externate	Tarif pe zi de spitalizare	Durata optima de spitalizare*)	Suma contractata(lei)
PSIHIATRIE I	33	94.00	50	155,100.00
PSIHIATRIE II	33	94.00	50	155,100.00
PSIHIATRIE III	33	94.00	50	155,100.00
PSIHIATRIE COPII	4	94.00	50	18,800.00
TOTAL	103	x	50	484,100.00

sep-11

Sectia	Numar cazuri externate	Tarif pe zi de spitalizare	Durata optima de spitalizare*)	Suma contractata(lei)
PSIHIATRIE I	33	94.00	50	155,100.00
PSIHIATRIE II	33	94.00	50	155,100.00
PSIHIATRIE III	33	94.00	50	155,100.00
PSIHIATRIE COPII	3	94.00	50	14,100.00
TOTAL	102	x	50	479,400.00

oct-11

Sectia	Numar cazuri externate	Tarif pe zi de spitalizare	Durata optima de spitalizare*)	Suma contractata(lei)
PSIHIATRIE I	1	94.00	50	4,700.00
PSIHIATRIE II	1	94.00	50	4,700.00
PSIHIATRIE III	1	94.00	50	4,700.00
PSIHIATRIE COPII	1	94.00	50	4,700.00
TOTAL	4	x	50	18,800.00

nov-11

Sectia	Numar cazuri externate	Tarif pe zi de spitalizare	Durata optima de spitalizare*)	Suma contractata(lei)
PSIHIATRIE I	1	94.00	50	4,700.00
PSIHIATRIE II	1	94.00	50	4,700.00
PSIHIATRIE III	1	94.00	50	4,700.00
PSIHIATRIE COPII	1	94.00	50	4,700.00
TOTAL	4	x	50	18,800.00

dec-11

Sectia	Numar cazuri externate	Tarif pe zi de spitalizare	Durata optima de spitalizare*)	Suma contractata(lei)
PSIHIATRIE I	1	94.00	50	4,700.00
PSIHIATRIE II	1	94.00	50	4,700.00
PSIHIATRIE III	1	94.00	50	4,700.00
PSIHIATRIE COPII	1	94.00	50	4,700.00
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>x</b>	<b>50</b>	<b>18,800.00</b>

perioada iunie-decembrie 2011

Sectia	Numar cazuri externate	Tarif pe zi de spitalizare	Durata optima de spitalizare*)	Suma contractata(lei)
PSIHIATRIE I	120	94.00	50	564,000.00
PSIHIATRIE II	120	94.00	50	564,000.00
PSIHIATRIE III	120	94.00	50	564,000.00
PSIHIATRIE COPII	18	94.00	50	84,600.00
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>x</b>	<b>50</b>	<b>1,776,600.00</b>
<b>CONTRACT 2011</b>	<b>378</b>			<b>1,776,600.00</b>

Sef Compartiment,

Intocmit,  
Ec. Marilena Curduman



SERVICIUL C.D.S. SERVICII SPITALICESTI SI DE URGENTA PRESPITALICESTI

Spitalul municipal "Elsabeta Doamna"

ANEXA NR.3 LA CONTRACT NR.5SP/01.07.2011

iul-11

Nr.crt.	Tip serviciu medical	Numar de servicii medicale contractate	Tarif pe caz rezolvat negociat(lei)	Suma corespunzatoare serviciilor medicale contractate(lei)
C1.	C2.	C3.	C4.	C5=C3*C4
1	Schizofrenie	20	481.34	9,626.80
2	Tulburare schizo-afectiva	20	481.34	9,626.80
3	Tulburare afectiva bipolară	20	481.34	9,626.80
4	Tulburare depresivă recurentă(monopolar depresivă)	20	481.34	9,626.80
5	Tulburare delirantă persistentă	20	481.34	9,626.80
6	Alte tulburări anxioase	20	481.34	9,626.80
7	Tulburări obsesiv compulsive	19	481.34	9,145.46
8	Reacție la stresul sever și tulburări de adaptare	19	481.34	9,145.46
9	Retardare mentală cu/fără tulburări de comportament	19	481.34	9,145.46
10	Demente degenerative, vasculare, mixte	19	481.34	9,145.46
11	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului	19	481.34	9,145.46
12	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii drogurilor multiple și a altor substanțe psihoactive	19	481.34	9,145.46
	<b>Total</b>	<b>234</b>		<b>112,633.56</b>

aug-11

Nr.crt.	Tip serviciu medical	Numar de servicii medicale contractate	Tarif pe caz rezolvat negociat(lei)	Suma corespunzatoare serviciilor medicale contractate(lei)
C1.	C2.	C3.	C4.	C5=C3*C4
1	Schizofrenie	20	481.34	9,626.80
2	Tulburare schizo-afectiva	20	481.34	9,626.80
3	Tulburare afectiva bipolară	20	481.34	9,626.80
4	Tulburare depresivă recurentă(monopolar depresivă)	20	481.34	9,626.80
5	Tulburare delirantă persistentă	20	481.34	9,626.80
6	Alte tulburări anxioase	19	481.34	9,145.46
7	Tulburări obsesiv compulsive	19	481.34	9,145.46
8	Reacție la stresul sever și tulburări de adaptare	19	481.34	9,145.46
9	Retardare mentală cu/fără tulburări de comportament	19	481.34	9,145.46
10	Demente degenerative, vasculare, mixte	19	481.34	9,145.46
11	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului	19	481.34	9,145.46
12	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii drogurilor multiple și a altor substanțe psihoactive	19	481.34	9,145.46
	<b>Total</b>	<b>233</b>		<b>112,152.22</b>

sep-11

Nr. crt.	Tip serviciu medical	Numar de servicii medicale contractate	Tarif pe caz rezolvat negociat(lei)	Suma corespunzatoare serviciilor medicale contractate(lei)
C1.	C2.	C3.	C4.	C5=C3*C4
1	Schizofrenie	20	481.34	9,626.80
2	Tulburare schizo-afectiva	20	481.34	9,626.80
3	Tulburare afectiva bipolară	20	481.34	9,626.80
4	Tulburare depresivă recurentă(monopolar depresivă)	20	481.34	9,626.80
5	Tulburare delirantă persistentă	20	481.34	9,626.80
6	Alte tulburări anxioase	19	481.34	9,145.46
7	Tulburări obsesiv compulsive	19	481.34	9,145.46
8	Reacție la stresul sever și tulburări de adaptare	19	481.34	9,145.46
9	Retardare mentală cu/fără tulburări de comportament	19	481.34	9,145.46
10	Demente degenerative, vasculare, mixte	19	481.34	9,145.46
11	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului	19	481.34	9,145.46
12	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii drogurilor multiple și a altor substanțe psihoactive	19	481.34	9,145.46
<b>Total</b>		<b>233</b>		<b>112,152.22</b>

oct-11

Nr. crt.	Tip serviciu medical	Numar de servicii medicale contractate	Tarif pe caz rezolvat negociat(lei)	Suma corespunzatoare serviciilor medicale contractate(lei)
C1.	C2.	C3.	C4.	C5=C3*C4
1	Schizofrenie	20	481.34	9,626.80
2	Tulburare schizo-afectiva	20	481.34	9,626.80
3	Tulburare afectivă bipolară	20	481.34	9,626.80
4	Tulburare depresivă recurentă(monopolar depresivă)	20	481.34	9,626.80
5	Tulburare delirantă persistentă	20	481.34	9,626.80
6	Alte tulburări anxioase	19	481.34	9,145.46
7	Tulburări obsesiv compulsive	19	481.34	9,145.46
8	Reacție la stresul sever și tulburări de adaptare	19	481.34	9,145.46
9	Retardare mentală cu/fără tulburări de comportament	19	481.34	9,145.46
10	Demente degenerative, vasculare, mixte	19	481.34	9,145.46
11	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului	19	481.34	9,145.46
12	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii drogurilor multiple și a altor substanțe psihoactive	19	481.34	9,145.46
<b>Total</b>		<b>233</b>		<b>112,152.22</b>

nov-11

Nr.crt.	Tip serviciu medical	Numar de servicii medicale contractate	Tarif pe caz rezolvat negociat(lei)	Suma corespunzatoare serviciilor medicale contractate(lei)
C1.	C2.	C3.	C4.	C5=C3*C4
1	Schizofrenie	20	481.34	9,626.80
2	Tulburare schizo-afectiva	20	481.34	9,626.80
3	Tulburare afectiva bipolara	20	481.34	9,626.80
4	Tulburare depresiva recurenta(monopolar depresiva)	20	481.34	9,626.80
5	Tulburare deliranta persistenta	20	481.34	9,626.80
6	Alte tulburari anxioase	19	481.34	9,145.46
7	Tulburari obsesiv compulsive	19	481.34	9,145.46
8	Reactie la stresul sever si tulburari de adaptare	19	481.34	9,145.46
9	Retardare mentala cu/fara tulburari de comportament	19	481.34	9,145.46
10	Demente degenerative, vasculare, mixte	19	481.34	9,145.46
11	Tulburari mentale si de comportament datorate folosirii alcoolului	19	481.34	9,145.46
12	Tulburari mentale si de comportament datorate folosirii drogurilor multiple si a altor substante psihoactive	19	481.34	9,145.46
<b>Total</b>		<b>233</b>		<b>112,152.22</b>

dec-11

Nr.crt.	Tip serviciu medical	Numar de servicii medicale contractate	Tarif pe caz rezolvat negociat(lei)	Suma corespunzatoare serviciilor medicale contractate(lei)
C1.	C2.	C3.	C4.	C5=C3*C4
1	Schizofrenie	20	481.34	9,626.80
2	Tulburare schizo-afectiva	20	481.34	9,626.80
3	Tulburare afectiva bipolara	20	481.34	9,626.80
4	Tulburare depresiva recurenta(monopolar depresiva)	20	481.34	9,626.80
5	Tulburare deliranta persistenta	20	481.34	9,626.80
6	Alte tulburari anxioase	19	481.34	9,145.46
7	Tulburari obsesiv compulsive	19	481.34	9,145.46
8	Reactie la stresul sever si tulburari de adaptare	19	481.34	9,145.46
9	Retardare mentala cu/fara tulburari de comportament	19	481.34	9,145.46
10	Demente degenerative, vasculare, mixte	19	481.34	9,145.46
11	Tulburari mentale si de comportament datorate folosirii alcoolului	19	481.34	9,145.46
12	Tulburari mentale si de comportament datorate folosirii drogurilor multiple si a altor substante psihoactive	19	481.34	9,145.46
<b>Total</b>		<b>233</b>		<b>112,152.22</b>

perioada iulie-decembrie 2011

Nr. crt.	Tip serviciu medical	Numar de servicii medicale contractate pe tipuri/cazuri	Tarif pe caz rezolvat negociat(lei)	Suma corespunzatoare serviciilor medicale contractate(lei)
C1.	C2.	C3.	C4.	C5=C3*C4
1	Schizofrenie	120	481.34	57.760.80
2	Tulburare schizo-afectiva	120	481.34	57.760.80
3	Tulburare afectiva bipolară	120	481.34	57.760.80
4	Tulburare depresivă recurentă(monopolar depresivă)	120	481.34	57.760.80
5	Tulburare delirantă persistentă	120	481.34	57.760.80
6	Alte tulburări anxioase	115	481.34	55.354.10
7	Tulburări obsesiv compulsive	114	481.34	54.872.76
8	Reacție la stresul sever și tulburări de adaptare	114	481.34	54.872.76
9	Retardare mentală cu/fără tulburări de comportament	114	481.34	54.872.76
10	Demente degenerative, vasculare, mixte	114	481.34	54.872.76
11	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului	114	481.34	54.872.76
12	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii drogurilor multiple și a altor substanțe psihoactive	114	481.34	54.872.76
<b>Total</b>		<b>1,399</b>		<b>673,394.66</b>
<b>CONTRACT 2011</b>		<b>1,399</b>		<b>673,394.66</b>

Sef Compartiment,

Intocmit,  
Ec. Marilena Curduman