CONTRACT nr. VII/PNS/02/27.04.2015
pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naționale de sănătate curative în anii 2015-2016

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate Timis, cu sediul în municipiul Timisoara, str. Corbului nr. 4, județul Timis, telefon/fax 0256 - 492115, reprezentată prin președinte-director general PROF.UNIV.DR. VICTOR DUMITRASCU

Și

Unitatea sanitară Spitalul Clinic Municipal de Urgenta Timisoara, cu sediul în Timisoara, str. Hector nr. 1, telefon 0256 - 200048, fax 0256 - 200046, reprezentată prin manager CONF.DR.OCTAVIAN MAZILU, având actul de înființare Decizia nr. 257/1973, Autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate publică nr. 13/R/29.01.2015, Decizia de evaluare nr. 98/2013, codul fiscal 4483447 și contul nr. RO19TREZ6215041XXX000495, deschis la Trezoreria Timisoara, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico sanitar angajat valabilă pe toată durata Contractului nr. VII/PNS/02/30.04.2015

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie finanțarea programului/ subprogramului din cadrul programelor naționale de sănătate curative pentru asigurarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice :
Program national de oncologie – medicamente, Program national de boli rare, din care: Sindrom de imunodeficienta primara, Epidermoliza buloasa – medicamente si materiale sanitare, Purpura trombocitopenica imuna cronica, Program national de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile - Implant cohlear, Program national de tratament pentru hemofilie si talasemie, din care: Hemofilie on demand, Hemofilie inhibitori si Talasemie necesare în terapia în spital/în spital și ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, denumite în continuare norme tehnice.

III. Durata contractului

ART. 2

Prezentul contract este valabil de la data de 01.05.2015 până la data de 31 decembrie 2016.

ART. 3

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 206/2015.

IV. Obligațiile părților

ART. 4

Obligațiile casei de asigurări de sănătate sunt:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați şi evaluați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii spitaliceşti, în condițiile legii, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ şi să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare/serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, conform normelor tehnice, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative suportate din bugetul Fondului, precum şi cu privire 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 furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative şi cu privire la orice intenție de schimbare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de specialitate proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de

către furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze furnizorilor, la momentul finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o 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;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

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

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialelor sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European □i al Consiliului, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea, acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European □i al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, precum și 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, urmând să întocmească ulterior formularele specifice

şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt.

(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţie contractuală cu furnizorii pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (1), au obligaţia de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală.

ART. 5

Obligaţiile unităţii sanitare sunt:

a) să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, potrivit destinaţiei acestora;

b) să dispună măsuri pentru gestionarea eficientă a mijloacelor materiale şi băneşti;

c) să organizeze evidenţa cheltuielilor pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ şi pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare atât în prevederi, cât şi în execuţie;

d) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea şi eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice din cadrul programelor naţionale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;

e) să asigure bolnavilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere şi eliberare a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

f) să achiziţioneze, în condiţiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ţinând cont de nevoile reale, consumurile realizate şi de stocurile cantitativ-valorice, în condiţiile legii, la nivelul preţului de achiziţie, care pentru medicamente nu poate depăşi preţul de decontare;

g) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor na□ionale de sănătate, cu evidenţe distincte, inclusiv pentru DCI-urile aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi de la nivelul caselor de asigurări de sănătate;

h) să asigure asiguraţilor, fără nici o discriminare, acordarea serviciilor medicale şi tratamentul specific afecţiunilor cuprinse în programele naţionale de sănătate curative;

i) să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea: raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală

în baza CNP/CID, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor na□ionale de sănătate curative;

j) să depună lunar la casa de asigurări de sănătate, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, documentele justificative, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație;

k) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale/copii ale foilor de condică de medicamente în baza cărora s-au eliberat medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare distincte;

l) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

m) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

n) să informeze asigurații cu privire la derularea programelor naționale de sănătate curative, precum □i cu privire la faptul că numai medicamentele prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre de guvern, se decontează din fond;

o) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați în actele normative în vigoare;

p) 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;

q) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv la derularea programelor/ subprogramelor na□ionale de sănătate curative;

r) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru medicamente

le □i materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescrip□ie medicală pentru prescrierea substan□elor □i preparatelor stupefiante □i psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele □i materialele sanitare specifice care se acordă în cadrul programelor / subprogramelor na□ionale de sănătate curative, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie. În condi□iile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, să informeze asigura□ii prin medicii curan□i / medicii prescriptori că acestea nu se decontează din Fond, putând face dovada prin semnătura asiguratului că a fost informat în acest sens;

s) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale, conform dispozițiilor legale în vigoare;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

t) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

ț) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverin□a de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul na□ional din motive religioase sau de con□tiin□ă/adeverin□a înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card national 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 □i să le utilizeze în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, după caz;

u) să folosească on-line sistemul na□ional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunica□ia 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 acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile □i în situa□iile în care se utilizează adeverin□a de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul na□ional din motive religioase sau de con□tiin□ă/adeverin□a înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card national duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

Pentru eliberarea medicamentelor, să folosească sistemul na□ional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea medicamentelor / materialelor sanitare specifice eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 republicată;

v) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative, serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute efectuate, după caz, conform prevederilor legale în vigoare;

w) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

x) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului de la data implementării acestuia.

y) să pună la dispoziția organelor de control ale CNAS □i caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

z) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate informațiile și documentele solicitate de aceasta în domeniu pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului.

aa) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line □i 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;

ab) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii medicale, materialele sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea □i pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative.

ad) să asigure servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare specifice și altele asemenea pentru: pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, pacienții titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, în situația în care serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice și altele asemenea sunt parte din serviciile cuprinse în Pachetul de servicii pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pachet prevăzut de Contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, 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;

ae) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European □i al Consiliului, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

af) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile pentru serviciile prevăzute la lit. ae), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare specifice şi altele asemenea, după caz, de documentele justificative /documentele însoțitoare.

V. Valoarea contractului

ART. 6

1. Sumele se angajează anual în limita sumelor aprobate prin Legea bugetului de stat.

2. Pentru anul 2015 valoarea contractului (se detaliază fiecare program/subprogram) este:

Program national de oncologie – medicamente – 18.371.660 lei
Program national de boli rare, din care:
Sindrom de imunodeficienta primara – 244.571 lei
Epidermoliza buloasa – medicamente – 3.000 lei si materiale sanitare – 180.000 lei
Purpura trombocitopenica imuna cronica – 416.000 lei
Program national de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile - Implant cohlear – 1.022.000 lei
Program national de tratament pentru hemofilie si talasemie, din care:
Hemofilie on demand – 362.557 lei
Hemofilie inhibitori – 27.002 lei
Talasemie – 58.210 lei

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre.
Defalcarea lunara/trimestriala se regaseste in anexa la prezentul contract.

VI. Finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative

ART. 7

(1) Unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea indicatorii specifici programelor realizați în luna anterioară şi documente justificative cu privire la sumele achitate, conform documentului emis de trezorerie care face dovada achitării în ordine cronologică a contravalorii facturii pentru medicamente şi/sau materiale sanitare specifice aprovizionate, cererea justificativă, însoțită de copia de pe factura emisă de furnizor pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice aprovizionate pentru luna precedentă.

(2) Pentru serviciile Gamma Knife unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi tratați, valoarea serviciilor efectuate, costul mediu/serviciu prin tratament Gamma Knife.

(3) Pentru serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute, unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi diagnosticați, valoarea serviciilor efectuate, costul mediu/serviciu de diagnosticare a leucemiilor acute, precum şi copii ale referatelor de solicitare a serviciilor de diagnostic şi a rezultatelor serviciului efectuat.

ART. 8

(1) Casa de asigurări de sănătate analizează indicatorii prezentați prin decont, gradul şi modul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior, precum şi stocurile cantitativ-valorice, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la primire.

(2) Validarea facturilor depuse în vederea decontării se realizează în termen de 30 de zile de la data depunerii documentelor justificative.

(3) Decontarea contravalorii facturii prezentate în copie de unitatea sanitară pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice achiziționate, în condițiile legii, se realizează lunar în limita sumei prevăzută în contract şi a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 9

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

ART. 10

Casa de asigurări de sănătate controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate şi analizează indicatorii prezentați.

ART. 11

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. a) – q), s) – t), u), x) – z), ab) – af) atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, 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 aferentă lunii respective;

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

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. v) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. v) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (2), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

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

(5) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național curativ.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative.

ART. 12

(1) Contractul se suspendă printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative; suspendarea contractului

pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești.

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

(3) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele pentru finanțarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului național de sănătate curativ, încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare, se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

ART. 13

(1) Prezentul contract încetează în următoarele situații:

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

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în nici un alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

(4) La încetarea prezentului contract din alte cauze decât prin ajungere la termen, excluzând forța majoră, Furnizorul este obligat să asigure continuitatea prestării serviciilor, în condițiile stipulate în prezentul contract, până la preluarea acestora de către un alt furnizor selectat sau numit, în condițiile legii.

VIII. Soluționarea litigiilor

ART. 14

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

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori şi 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.

IX. Clauze speciale

ART. 15

Sumele înscrise în prezentul contract sunt cuprinse în fondurile aprobate pe anul 2015.

ART. 16

Se pot încheia acte adiționale la prezentul contract în situația în care se aprobă modificări în volumul şi în structura programului/subprogramului, pe parcursul derulării acestuia.

ART. 17

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului, în conformitate cu prevederile legale. Dacă pe durata derulării prezentului contract expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare pentru toată durata de valabilitate a contractului.

X. Forța majoră

ART. 18

(1) Orice împuternicire independentă de voința părților, intervenită după data semnării prezentului contract şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu se procedează la anunțarea în termenele

prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea la 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 rezoluţiunea contractului.

XI. Dispoziţii finale

ART. 19

Orice modificare poate fi făcută numai cu acordul scris al ambelor părţi.

ART. 20

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Prezentul contract s-a încheiat astăzi, 27.04.2015, în două exemplare, câte un exemplar pentru fiecare parte, şi se completează conform normelor legale în vigoare.

Casa de Asigurări de Sănătate

Preşedinte-director general
PROF.UNIV.DR. VICTOR DUMITRASCU

Director economic
EC. ARTHUR RODRIGO VIDULESCU

Director relaţii contractuale
JR. MARIANA RADULESCU

Medic-şef
DR. SANDA IANCU

Avizat
Serviciul juridic si contencios
Cons.jur. CATALIN BUDEANU

Furnizor de servicii medicale

Manager
CONF.DR.OCTAVIAN MAZILU

Director financiar-contabil
EC. SANDA DAMIAN

Director medical
PROF.DR.RODICA MIHAESCU

Semnătura
Data
27. APR. 2015
CONTROL FINANCIAR PREVENTIV
CAS TIMIŞ

OFICIUL JURIDIC

SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENTA TIMISOARA

ANEXA
VII/PNS/02/2015

DEFALCARE BUGET PNS PE TRIMESTRE SI LUNI 2015

PROGRAM / SUBPROGRAM	TOTAL 2015	Ian	Feb	Mar	TRIM I	Apr	Mai	Iun	TRIM II
HEMOFILIE ON DEMAND	**362.557,00**	58.140,00	58.139,00	58.139,00	**174.418,00**	58.139,00	20.000,00	20.000,00	**98.139,00**
HEMOFILIE CU INHIBITORI	**27.002,00**	9.000,00	9.001,00	9.001,00	**27.002,00**	0,00	0,00	0,00	**0,00**
TALASEMIE	**58.210,00**	6.970,00	6.969,00	6.969,00	**20.908,00**	6.969,00	4.000,00	4.000,00	**14.969,00**
ONCOLOGIE	**18.371.660,00**	2.100.000,00	2.100.000,00	2.070.362,00	**6.270.362,00**	2.100.000,00	2.000.000,00	1.937.302,00	**6.037.302,00**
SINDROM SIDPU	**244.571,00**	19.487,00	19.487,00	19.486,00	**58.460,00**	19.486,00	20.750,00	20.750,00	**60.986,00**
IMPLANTURI COHLEARE	1.022.000,00	83.667,00	83.667,00	83.666,00	**251.000,00**	83.666,00	108.167,00	108.167,00	**300.000,00**
EPIDERM BULOASA mater	**180.000,00**	15.000,00	15.000,00	15.000,00	**45.000,00**	15.000,00	17.500,00	17.500,00	**50.000,00**
EPIDERM BULOASA medic	**3.000,00**	1.000,00	1.000,00	1.000,00	**3.000,00**	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Purpura trombocitopenica	**416.000,00**	333,00	333,00	117.334,00	**118.000,00**	39.000,00	39.000,00	49.000,00	**127.000,00**

PROGRAM / SUBPROGRAM	Iul	Aug	Sept	TRIM III	Oct	Nov	Dec	TRIM IV
HEMOFILIE ON DEMAND	20.000,00	20.000,00	20.000,00	**60.000,00**	10.000,00	10.000,00	10.000,00	**30.000,00**
HEMOFILIE CU INHIBITORI	0,00	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	0,00	**0,00**
TALASEMIE	4.000,00	4.000,00	4.000,00	**12.000,00**	3.500,00	3.500,00	3.333,00	**10.333,00**
ONCOLOGIE	2.000.000,00	2.000.000,00	1.948.406,00	**5.948.406,00**	38.530,00	38.530,00	38.530,00	**115.590,00**
SINDROM SIDPU	20.750,00	20.750,00	20.750,00	**62.250,00**	20.750,00	20.750,00	21.375,00	**62.875,00**
IMPLANTURI COHLEARE	100.000,00	100.000,00	100.000,00	**300.000,00**	57.000,00	57.000,00	57.000,00	**171.000,00**
EPIDERM BULOASA materia	16.000,00	16.000,00	18.000,00	**50.000,00**	11.500,00	11.500,00	12.000,00	**35.000,00**
EPIDERM BULOASA medic	0,00	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Purpura trombocitopenica	32.000,00	32.000,00	41.885,00	**105.885,00**	21.705,00	21.705,00	21.705,00	**65.115,00**

CONFORM CENTRALIZATOARE NR. 25.342/1/27.04.2015 SI NR. 25.342/2/27.04.2015

PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
PROF. UNIV. DR. VICTOR DUMITRASCU

DIRECTOR ECONOMIC
EC. ARTHUR VIDULESCU

DIRECTOR RELATII CONTRACT
JR. MARIANA RADULESCU

MEDIC SEF
DR. SANDA IANCU

BIROU PROGRAME DE SANATATE
SI EVALUARE FURNIZORI
JR. OLIVIA COCOCEANU

27. APR. 2015

MANAGER
CONF. DR. OCTAVIAN MARIN

DIRECTOR RTN CONTRACTE
EC. SANDA IANCU

DIRECTOR MEDICAL
PROF. DR. ROBERT MITRUTESCU

VIZA CFP
EC. ZORINA LAIES