

**CONTRACT**  
**de furnizare de servicii medicale spitalicești**  
**VII/SP/15/25.07.2016**

**I. Părțile contractante**

**Casa de asigurări de sănătate Timiș**, cu sediul în municipiul/orașul Timișoara, str. Corbului, nr. 4, județul/sectorul Timiș, telefon 0256/201772, fax 0256/492115, reprezentată prin președinte - director general Ec. Lavinia Nicoleta Fedoraș,

și

**Spitalul de Psihiatrie Gataia** cu sediul în Gataia, nr.-., tel/fax. 270365, reprezentat prin Manager Ec. Cornelia Elena Sargan,

**II. Obiectul contractului**

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016.

**III. Servicii medicale spitalicești**

ART. 2 (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate, după caz, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

Beneficiază de internare fără bilet de internare situațiile prevăzute în anexa 1 la capitolul I, litera C pct. 1 și la capitolul II litera F pct. 12 din H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare:

- (2) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:
- a) consultații;
  - b) investigații;
  - c) stabilirea diagnosticului;
  - d) tratamente medicale și/sau chirurgicale;
  - e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale;
  - f) cazare și masă, după caz.

#### **IV. Durata contractului**

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data de 01.08.2016 până la data de 31 decembrie 2016.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 161/2016, 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 autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită 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 Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.
- d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;
- e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare / rapoartele de control/ notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; 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 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, dispozitive medicale și îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

i) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016;

j) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență acesta;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocoalelor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgență, în funcție de tipul de internare, așa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016.

p) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi.

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 referitoare la actul medical și ale asiguratului referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de

documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

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

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurari de sănătate;

j) 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 lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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

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

în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

m) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

p) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016;

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

s) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare bilunară/lunară/trimestrială, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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;

ț) 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 informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

v) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile medicale spitalicești de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora a cărei quantum este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui

Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016;

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

x) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

y) 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;

z) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

aa) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, 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 la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării 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, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

ab) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale spitalicești se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

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

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

ae) 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 Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016;

af) să raporteze corect și complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și al Ministerului Sănătății; spitalul care nu are pagină web proprie informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum;

ag) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa nr. 48 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016;

ah) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală elaborate și aprobate conform prevederilor legale;

ai) să afișeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate;

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

ak) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienților din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate, autorizate și evaluate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

al) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicească.

am) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate /adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016;

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

ap) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

aq) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;

ar) să elibereze pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate care sunt în tratament pentru boala/bolile cronice cu medicamente, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate și cu medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital.

as) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. f) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

## 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. a1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016: **1.707.256,41 lei**

b) Suma pentru spitalele de cronici, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății, după caz - din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul  COD	Nr. cazuri externe	Durată de spitalizare*) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
v anexa 1b	v anexa 1b	v anexa 1b	v anexa 1b	v anexa 1b
TOTAL				<b>10.258.535,65 lei</b>

\*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2015.



(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru cazurile neinternate, precum și numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2016 este de **11.965.792,06 lei**.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2016 se defalcă lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuti, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronici, servicii paliative, după cum urmează:

Suma aferentă trim I 2016 **3.393.363,76 lei**, din care:

Suma aferentă	luna I	1.130.045,66 lei
Suma aferentă	luna II	1.133.272,44 lei
Suma aferentă	luna III	1.130.045,66 lei.

Suma aferentă trim II 2016 **3.393.587,58 lei**, din care:

Suma aferentă	luna IV	1.121.092,86 lei
Suma aferentă	luna V	1.151.401,86 lei
Suma aferentă	luna VI	1.121.092,86 lei

- Suma aferentă trimestrului III **3.586.031,24 lei**, din care:

- luna VII 1.148.074,78 lei

- luna VIII 1.225.900,05 lei

- luna IX 1.212.056,41 lei

- Suma aferentă trimestrului IV **1.592.809,48 lei**, din care:

- luna X 1.357.635,89 lei

- luna XI 174.853,50 lei

- luna XII 60.320,09 lei.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016.

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 nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016 și în condițiile prevăzute la același articol.

(6) Lunar, până la data de 15 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/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 8, 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/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 19.

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

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru cazurile neinternate, precum și numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2016 este de **11.965.792,06 lei**.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2016 se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuti, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronici, servicii paliative, după cum urmează:

Suma aferentă trim I 2016 **3.393.363,76 lei**, din care:

Suma aferentă	luna I	1.130.045,66 lei
Suma aferentă	luna II	1.133.272,44 lei
Suma aferentă	luna III	1.130.045,66 lei

Suma aferentă trim II 2016 **3.393.587,58 lei**, din care:

Suma aferentă	luna IV	1.121.092,86 lei
Suma aferentă	luna V	1.151.401,86 lei
Suma aferentă	luna VI	1.121.092,86 lei

- Suma aferentă trimestrului III **3.586.031,24 lei**, din care:

- luna VII 1.148.074,78 lei

- luna VIII 1.225.900,05 lei

- luna IX 1.212.056,41 lei

- Suma aferentă trimestrului IV **1.592.809,48 lei**, din care:

- luna X 1.357.635,89 lei

- luna XI 174.853,50 lei

- luna XII 60.320,09 lei.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016.

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 nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016 și în condițiile prevăzute la același articol.

(6) Lunar, până la data de 15 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/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 8, 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/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 19.

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/transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până la până în ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract de la data de 1 iulie 2016 până la data de 30 noiembrie, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(8) 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 capitolul II litera F punctul 3 din anexa nr. 1 la H.G. nr. 161/2016, 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 25% 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 la art. 6 alin. (1) lit. b)- ae), ag) - al) și ap) - ar) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

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

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

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

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

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

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

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

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligației prevăzută la art. 6 lit. ao) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

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

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

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

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

#### ART. 9

Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. RO65TREZ62420F332100XXXX, 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

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

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

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

ART. 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 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 niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

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

ART. 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 - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

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 celeilalte 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 10 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. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016.

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 prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

## **XIV. Alte clauze**

ART. 24 Prezentul contract include și valoarea actele adiționale încheiate pentru perioada ianuarie – iunie 2016.

(1) Decontarea serviciilor medicale se va efectua în limita prevederilor bugetare aprobate, a sumei contractate și a deschiderii de credite lunare aprobate.

(2) Urmare implementării sistemului Forexbug, decontarea serviciilor medicale de către CJAS Timiș poate suferi modificări ale datei de plată.

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării contractului încheiat, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător, în acest sens fiind încheiat un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale.

ART.25 Spitalul are obligația de a atașa la Foaia de observație clinică generală și declarația pe proprie răspundere a pacientului cu privire la cheltuielile efectuate de acesta pe timpul spitalizării cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice conform anexei nr. 1 la prezentul

contract, pentru toți pacienții care se adresează spitalului, indiferent de secția în care este internat pacientul, și să raporteze lunar la CAS Timiș centralizatorul cu datele acestora.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 25.07.2016, în două exemplare a câte 14 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**  
Președinte - Director general,  
**Ec. Lavinia Fedoraș**

Director executiv al  
Direcției economice,  
**Ec. Nicoleta Bodea**

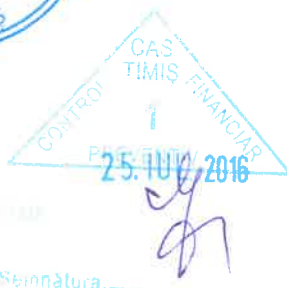
Director executiv al  
Direcției Relații Contractuale  
**Cons. Jur. Mariana Radulescu**

Vizat  
Juridic, Contencios  
**Cons. Jur. Viorica Tiriteu**

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**  
Manager,  
**Ec. Cornelia Elena Sargan**

Director medical,  
**Dr. Dana Mutiu**

Director financiar-contabil,  
**Ec. Silvia Handrau**



Anexei nr. 1

Subsemnatul \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,  
domiciliat in \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, cunoscand  
prevederile legale in materia falsului, declar pe propria raspundere, ca pe perioada internarii ( cuprinsa  
intre: \_\_\_\_\_ ) in Spitalul \_\_\_\_\_  
sectia \_\_\_\_\_:

NU am suportat contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare si investigatiilor paraclinice ;

AM SUPORTAT contravaloarea :

medicamentelor: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

materialelor sanitare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

investigatiilor paraclinice: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Semnatura pacient  
\_\_\_\_\_



DEFALCARE BUGET SERV.SPITALICESTI PE TRIMESTRE SI LUNI, 2016

Nr	Tip asistenta spitaliceasca	TOTAL 2016	IANUARIE	FEBRUARIE	MARTIE	TRIM I	APRILIE	MAI	IUNIE	TRIM II
1	DRG	1.707.256,41	164.041,02	164.041,02	164.041,02	492.123,06	164.041,02	164.041,02	164.041,02	492.123,06
2	CRONICI	10.258.535,65	966.004,64	969.231,42	966.004,64	2.901.240,70	957.051,84	987.360,84	957.051,84	2.901.464,52
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>11.965.792,06</b>	<b>1.130.045,66</b>	<b>1.133.272,44</b>	<b>1.130.045,66</b>	<b>3.393.363,76</b>	<b>1.121.092,86</b>	<b>1.151.401,86</b>	<b>1.121.092,86</b>	<b>3.393.587,58</b>

Nr	Tip asistenta spitaliceasca	IULIE	AUGUST	SEPTEMBRIE	TRIM III	OCTOMBRIE	NOIEMBRIE	DECEMBRIE	TRIM IV
1	DRG	162.308,43	156.775,19	160.464,02	479.547,64	160.464,02	73.776,56	9.222,07	243.462,65
2	RECUPERI CRONICI	985.766,35	1.069.124,86	1.051.592,39	3.106.483,60	1.197.171,87	101.076,94	51.098,02	1.349.346,83
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1.148.074,78</b>	<b>1.225.900,05</b>	<b>1.212.056,41</b>	<b>3.586.031,24</b>	<b>1.357.635,89</b>	<b>174.853,50</b>	<b>60.320,09</b>	<b>1.592.809,48</b>

CAS Timis  
-PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL  
Ec. La Vinita Pedoras

DIR.EXEC.DIR. ECONOMICA  
Ec. Nicoleta Bodea

DIR.EXEC. DIR. RELATII CONTRACTUALE  
Cons. Jlr. Mariana Radulescu

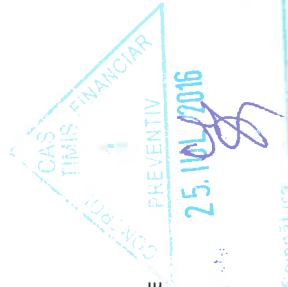
SERVICIUL JURIDIC-CONTENCIOS  
Cons.-Jur. Viortica Tirteu

SPITALUL DE PSIHIATRIE GATAIA  
MANAGER  
Ec. Cornelia Elena Sargan

Şef Birou CD Spitale,Urgenta si Transp. sanitar.  
Ec. Angelica Raia

COMISIA DE CONTRACTARE  
Ec. Clementina Băciă  
Ec.Simmiceanu Zenovia  
Dr. Eleonora Cumpănaş  
Dr.Cristina Matei

DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL  
Ec.Silvia Handrau



## 1a) INDICATORI SPITALE - DRG 2016

Nr.	ICM/TOP SEM I 2016		Nr. Cazuri externe contractat	ICM iul. dec 2016	1,2748	1430,00	Tarif pe caz ponderat iul- dec 2016	Suma contractata
	Total sectii	C1						
0								
1	PSIHIATRIE ACUTI 1		169	1,2898	1,2898	1430,00	308.619,31	
2	PSIHIATRIE ACUTI 2		176	1,2898	1,2898	1430,00	322.890,21	
3	PSIHIATRIE ACUTI 3		185	1,2898	1,2898	1430,00	302.241,66	
4	PSIHIATRIE ACUTI 4		211	1,2898	1,2898	1430,00	308.432,62	
5	PSIHIATRIE ACUTI 5		211	1,2898	1,2898	1430,00	308.432,62	
	TOTAL		922				1.707.266,41	

\*Numarul de cazuri externe contractate pe sectii este orientativ.

editat	1.707.266,41	922
--------	--------------	-----

Nr.	Total sectii	IANUARIE		FEBRUARIE		MARTIE		TRIM I	
		SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN
1	PSIHIATRIE ACUTI 1	29.162,85	16	29.162,85	16	29.162,85	16	87.488,54	48
2	PSIHIATRIE ACUTI 2	29.162,85	16	29.162,85	16	29.162,85	16	87.488,54	48
3	PSIHIATRIE ACUTI 3	29.162,85	16	29.162,85	16	29.162,85	16	87.488,54	48
4	PSIHIATRIE ACUTI 4	38.276,24	21	38.276,24	21	38.276,24	21	114.828,71	63
5	PSIHIATRIE ACUTI 5	38.276,24	21	38.276,24	21	38.276,24	21	114.828,71	63
	Total	164.041,02	90	164.041,02	90	164.041,02	90	492.123,06	270

Nr.	Total sectii	APRILIE		MAI		IUNIE		TRIM II	
		SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN
1	PSIHIATRIE ACUTI 1	29.162,85	16	29.162,85	16	29.162,85	16	87.488,54	48
2	PSIHIATRIE ACUTI 2	29.162,85	16	29.162,85	16	29.162,85	16	87.488,54	48
3	PSIHIATRIE ACUTI 3	29.162,85	16	29.162,85	16	29.162,85	16	87.488,54	48
4	PSIHIATRIE ACUTI 4	38.276,24	21	38.276,24	21	38.276,24	21	114.828,71	63
5	PSIHIATRIE ACUTI 6	38.276,24	21	38.276,24	21	38.276,24	21	114.828,71	63
	Total	164.041,02	90	164.041,02	90	164.041,02	90	492.123,06	270

Nr.	Total sectii	IULIE		AUGUST		SEPTEMBRIE		TRIM III	
		SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN
1	PSIHIATRIE ACUTI 1	29.510,62	16	29.510,62	16	29.510,62	16	88.531,87	48
2	PSIHIATRIE ACUTI 2	29.510,62	16	33.199,45	18	33.199,45	18	96.909,63	52
3	PSIHIATRIE ACUTI 3	29.510,62	16	27.666,21	15	27.666,21	15	84.843,04	48
4	PSIHIATRIE ACUTI 4	36.888,28	20	33.199,45	18	36.043,87	19	105.131,60	67
5	PSIHIATRIE ACUTI 6	36.888,28	20	33.199,45	18	36.043,87	19	105.131,60	67
	Total	162.308,43	88	166.775,19	85	160.464,02	87	479.547,64	260

Nr.	Total sectiile	OCTOMBRIE		NOIEMBRIE		DECEMBRIE		TRIM IV	
		SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN
1	PSHIATRIE ACUTI 1	29.610,62	16	14.766,31	8	1.844,41	1	46.110,36	26
2	PSHIATRIE ACUTI 2	33.199,46	18	16.699,73	9	1.844,41	1	61.843,59	28
3	PSHIATRIE ACUTI 3	27.666,21	15	12.910,90	7	1.844,41	1	42.421,52	23
4	PSHIATRIE ACUTI 4	36.043,87	19	14.766,31	8	1.844,41	1	61.843,59	28
5	PSHIATRIE ACUTI 5	36.043,87	19	14.766,31	8	1.844,41	1	61.843,59	28
	<b>Total</b>	<b>168.606,02</b>	<b>87</b>	<b>73.776,56</b>	<b>40</b>	<b>9.222,07</b>	<b>5</b>	<b>243.482,65</b>	<b>132</b>

CAS TIMIS  
 PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL  
 Ec. Lavinia Fedoras  
 DIR. EXEC. BIR. ECONOMICA  
 Ec. Nicoleta Bofea  
 DIR. EXEC. DIR. RES. ATIL CONTRACTUALE  
 Cons. Jur. Marian Radulescu  
 SERVICIUL JURIDIC-CONTENCIOS  
 Cons. Jur. Viorela Titheș

JUDEȚEAN  
 DIRECȚIE  
 DE  
 ECONOMIE  
 ȘI  
 FINANȚE  
 TRIMESTRIAL  
 1  
 CAS FINANCIAR  
 TRIMIS  
 PREVENTIV  
 25.IUL.2016  
 Comandant

Șef Birou CD Spitale, Urgenta și Tranz. sanitar:  
 Ec. Angelica Raia  
 COMISIA DE CONTRACTARE  
 Ec. Clamantina Băcilă  
 Ec. Simioneanu Zorovia  
 Dr. Eleonora Cumpănaș  
 Dr. Cristina Melei

SPITALUL DE PSHIATRIE GATAIA  
 MANAGER  
 Ec. Cornelia Elena Saingan  
 DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL  
 Ec. Silvia Handraiu

Nr. CRT.	Secția	Nr. Cazuri contractate	DOS of Norme	Durata de spitalizare contractata SEM I 2016	Durata de spitalizare contractata IUL - DEC 2016	Nr. Zile spitalizare	Tarif pe zi de spitalizare SEM I 2016	Tarif pe zi de spitalizare IUL - DEC 2016	Suma contractata	LEI RON	
										C1	C2
0											
1	PSIH CR I	286	48,67	47,60	65,18	14.938,86	129,12	129,12	1.928.868,68		
2	PSIH CR II	235	48,67	43,33	42,48	10.110,34	129,12	129,12	1.306.447,10		
3	PSIH CR III	240	48,67	46,17	49,87	10.883,80	129,12	129,12	1.418.618,44		
4	PSIH CR IV	235	48,67	50,16	65,04	13.082,40	129,12	129,12	1.688.326,88		
5	PSIH CR V	108	48,67	43,76	61,86	6.070,18	129,12	129,12	648.804,71		
6	PSIH CR LD I	88	302,19	348,16	299,00	6.308,00	111,91	111,91	894.076,28		
7	PSIH CR LD II	34	302,19	322,99	365,00	3.144,00	111,91	111,91	361.609,31		
8	PSIH CR LD III	88	302,19	331,71	303,31	5.130,00	111,91	111,91	687.487,44		
9	PSIH CR LD IV	68	302,19	303,35	274,03	6.047,00	111,91	111,91	678.719,77		
10	PSIH CR LD V	103	302,19	360,00	339,17	8.347,20	111,91	111,91	1.042.737,21		
	TOTAL	1.431				83.347,20			10.288.535,65		

Numarul de cazuri externe contractate pe secții este ordonat.

control	Nr. Caz	Zile spital	Suma
	1.431	83.347,20	10.288.535,65

LUNA/TARIM	Nr. Caz	Zile spital	Suma	IANUARIE			FEBRUARIE			MARTIE			TRIM I		
				Nr. Caz	Zile spital	Suma	Nr. Caz	Zile spital	Suma	Nr. Caz	Zile spital	Suma	Nr. Caz	Zile spital	Suma
CAZUIERISMA	195	7.812,00	966.004,64	199,00	7.819,53	969.231,42	195,00	7.812,00	966.004,64	428,33	23.443,53	2.901.240,70			
PSIH CR I	30,00	1.428,00	184.383,36	26,00	1.126,58	145.464,91	25,00	1.083,25	139.869,24	92	4.379,20	565.442,30			
PSIH CR II	25,00	1.083,25	139.869,24	25,00	1.083,25	145.808,76	25,00	1.083,25	145.808,76	76	3.293,08	425.202,49			
PSIH CR III	25,00	1.129,25	145.808,76	25,00	1.129,25	161.916,48	25,00	1.254,00	161.916,48	75	3.387,75	437.426,28			
PSIH CR IV	25,00	1.254,00	161.916,48	25,00	1.254,00	161.916,48	25,00	1.254,00	161.916,48	75	3.762,00	485.749,44			
PSIH CR V	10,00	437,50	56.490,00	10,00	437,50	56.490,00	10,00	437,50	56.490,00	30	1.312,50	169.470,00			
PSIH CR LD I	16,00	496,00	55.507,36	16,00	496,00	55.507,36	16,00	496,00	55.507,36	16	1.456,00	162.940,96			
PSIH CR LD II	10,00	310,00	34.692,10	10,00	290,00	32.453,90	10,00	310,00	34.692,10	10	910,00	101.838,10			
PSIH CR LD III	16,00	496,00	55.507,36	16,00	464,00	51.926,24	16,00	496,00	55.507,36	16	1.456,00	162.940,96			
PSIH CR LD IV	15,00	465,00	52.038,15	15,00	465,00	48.680,85	15,00	465,00	52.038,15	15	1.365,00	152.757,15			
PSIH CR LD V	23,00	713,00	79.791,83	24,00	696,00	77.889,16	23,00	713,00	79.791,83	23	2.122,00	237.473,02			
LUNA/TARIM															
CAZUIERISMA	195	7.732,00	957.051,84	199,00	7.981,53	987.260,84	195,00	7.732,00	957.051,84	428	23.443,53	2.901.464,52			
PSIH CR I	30	1.428,00	184.383,36	26	1.126,58	145.464,91	25	1.083,25	139.869,24	92	4.379,20	565.442,30			
PSIH CR II	25	1.083,25	139.869,24	25	1.126,58	145.808,76	25	1.083,25	139.869,24	76	3.293,08	425.202,49			
PSIH CR III	25	1.129,25	145.808,76	25	1.129,25	161.916,48	25	1.129,25	145.808,76	75	3.387,75	437.426,28			
PSIH CR IV	25	1.254,00	161.916,48	25	1.254,00	161.916,48	25	1.254,00	161.916,48	75	3.762,00	485.749,44			
PSIH CR V	10	437,50	56.490,00	10	437,50	56.490,00	10	437,50	56.490,00	30	1.312,50	169.470,00			
PSIH CR LD I	16	490,00	53.716,80	16	496,00	55.507,36	16	490,00	53.716,80	16	1.456,00	162.940,96			
PSIH CR LD II	10	300,00	33.573,00	10	310,00	34.692,10	10	300,00	33.573,00	10	910,00	101.838,10			
PSIH CR LD III	16	480,00	53.716,80	16	464,00	51.926,24	16	480,00	53.716,80	16	1.456,00	162.940,96			
PSIH CR LD IV	15	450,00	50.359,50	15	465,00	52.038,15	15	450,00	50.359,50	15	1.365,00	152.757,15			
PSIH CR LD V	23	690,00	77.217,90	24	744,00	83.281,04	23	690,00	77.217,90	23	2.124,00	237.696,84			
LUNA/TARIM															
CAZUIERISMA	195	7.732,00	957.051,84	199,00	7.981,53	987.260,84	195,00	7.732,00	957.051,84	428	23.443,53	2.901.464,52			
PSIH CR I	30	1.428,00	184.383,36	26	1.126,58	145.464,91	25	1.083,25	139.869,24	92	4.379,20	565.442,30			
PSIH CR II	25	1.083,25	139.869,24	25	1.126,58	145.808,76	25	1.083,25	139.869,24	76	3.293,08	425.202,49			
PSIH CR III	25	1.129,25	145.808,76	25	1.129,25	161.916,48	25	1.129,25	145.808,76	75	3.387,75	437.426,28			
PSIH CR IV	25	1.254,00	161.916,48	25	1.254,00	161.916,48	25	1.254,00	161.916,48	75	3.762,00	485.749,44			
PSIH CR V	10	437,50	56.490,00	10	437,50	56.490,00	10	437,50	56.490,00	30	1.312,50	169.470,00			
PSIH CR LD I	16	490,00	53.716,80	16	496,00	55.507,36	16	490,00	53.716,80	16	1.456,00	162.940,96			
PSIH CR LD II	10	300,00	33.573,00	10	310,00	34.692,10	10	300,00	33.573,00	10	910,00	101.838,10			
PSIH CR LD III	16	480,00	53.716,80	16	464,00	51.926,24	16	480,00	53.716,80	16	1.456,00	162.940,96			
PSIH CR LD IV	15	450,00	50.359,50	15	465,00	52.038,15	15	450,00	50.359,50	15	1.365,00	152.757,15			
PSIH CR LD V	23	690,00	77.217,90	24	744,00	83.281,04	23	690,00	77.217,90	23	2.124,00	237.696,84			
LUNA/TARIM															
CAZUIERISMA	190	8.010,50	985.766,35	21	1.158,78	149.621,67	20	1.103,60	142.496,83	400,67	25.438,94	3.106.483,60			
PSIH CR I	27	1.489,86	192.370,72	20	849,20	109.648,70	20	849,20	109.648,70	68	3.753,24	484.489,24			
PSIH CR II	22	1.031,14	133.140,80	22	1.031,14	133.140,80	22	1.031,14	133.140,80	60	2.547,60	328.946,11			
PSIH CR III	20	1.300,00	167.989,80	21	1.365,84	176.357,36	21	1.365,84	176.357,36	66	3.093,42	399.422,39			
PSIH CR IV	10	518,50	66.928,72	11	570,35	73.643,59	11	570,35	73.643,59	32	1.659,20	214.225,90			
PSIH CR V	15	465,00	52.038,15	10	620,00	69.384,20	20	600,00	67.146,80	18	1.685,00	188.568,35			
PSIH CR LD I	10	310,00	34.692,10	10	310,00	34.692,10	10	310,00	34.692,10	10	920,00	102.957,20			
PSIH CR LD II	16	496,00	55.507,36	20	620,00	69.384,20	20	620,00	69.384,20	19	1.716,00	192.037,56			
PSIH CR LD III	20	620,00	77.337,88	28	868,00	1.104,14,45	28	870,00	97.351,70	26	2.358,00	263.883,78			
PSIH CR LD IV	30	930,00	104.076,30	45	1.395,00	156.114,45	45	1.350,00	151.078,50	40	3.675,00	411.289,25			
LUNA/TARIM															
CAZUIERISMA	190	8.010,50	985.766,35	21	1.158,78	149.621,67	20	1.103,60	142.496,83	400,67	25.438,94	3.106.483,60			
PSIH CR I	27	1.489,86	192.370,72	20	849,20	109.648,70	20	849,20	109.648,70	68	3.753,24	484.489,24			
PSIH CR II	22	1.031,14	133.140,80	22	1.031,14	133.140,80	22	1.031,14	133.140,80	60	2.547,60	328.946,11			
PSIH CR III	20	1.300,00	167.989,80	21	1.365,84	176.357,36	21	1.365,84	176.357,36	66	3.093,42	399.422,39			
PSIH CR IV	10	518,50	66.928,72	11	570,35	73.643,59	11	570,35	73.643,59	32	1.659,20	214.225,90			
PSIH CR V	15	465,00	52.038,15	10	620,00	69.384,20	20	600,00	67.146,80	18	1.685,00	188.568,35			
PSIH CR LD I	10	310,00	34.692,10	10	310,00	34.692,10	10	310,00	34.692,10	10	920,00	102.957,20			
PSIH CR LD II	16	496,00	55.507,36	20	620,00	69.384,20	20	620,00	69.384,20	19	1.716,00	192.037,56			
PSIH CR LD III	20	620,00	77.337,88	28	868,00	1.104,14,45	28	870,00	97.351,70	26	2.358,00	263.883,78			
PSIH CR LD IV	30	930,00	104.076,30	45	1.395,00	156.114,45	45	1.350,00	151.078,50	40	3.675,00	411.289,25			

LENA/TBDR	OCTOMBRIE				NOIEMBRIE				DECEMBRIE				TRIM IV			
	Nr. Caz	Zile s.a.f	Suma	Nr. Caz	Zile s.a.f	Suma	Nr. Caz	Zile s.a.f	Suma	Nr. Caz	Zile s.a.f	Suma	Nr. Caz	Zile s.a.f	Suma	
CAZZIL/BAUNA	236	9.780,00	1.197.171,87	20,00	822,40	101.076,94	10,00	416,40	51.098,02	174	1.019,20	1.349.346,83				
PSIH GR I	41	2.262,18	292.118,51	2	110,36	14.240,68	1	55,18	7.124,84	44	2.427,92	313.493,04				
PSIH GR II	20	849,20	109.648,70	2	84,92	10.764,87	1	42,46	5.482,44	23	976,58	126.096,01				
PSIH GR III	21	984,27	127.088,94	2	93,74	12.103,71	1	46,87	6.051,85	24	1.124,98	145.244,51				
PSIH GR IV	20	1.300,40	167.959,10	2	130,08	16.795,93	1	65,04	8.397,96	23	1.495,92	193.153,19				
PSIH GR V	11	570,35	73.643,59	2	103,70	13.389,74	1	51,85	6.694,87	14	725,90	93.728,21				
PSIH GR VI	20	620,00	69.384,20	2	60,00	6.714,60	1	31,00	3.469,21	8	711,00	79.568,01				
PSIH GR VII	10	310,00	34.692,10	2	60,00	6.714,60	1	31,00	3.469,21	8	711,00	79.568,01				
PSIH GR VIII	20	620,00	69.384,20	2	60,00	6.714,60	1	31,00	3.469,21	8	711,00	79.568,01				
PSIH GR IX	28	868,00	97.137,88	2	60,00	6.714,60	1	31,00	3.469,21	8	711,00	79.568,01				
PSIH GR X	45	1.395,00	156.114,45	2	60,00	6.714,60	1	31,00	3.469,21	10	959,00	107.321,69				
<b>CAS Timis</b>																
<b>PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL</b>																
Ec. Lavinia Fedoras																
<b>DIR. EXEC. DIR. ECONOMIC</b>																
Ec. Nicolaeur Bodea																
<b>DIR. EXEC. DIR. RELATI CONTRACTUALE</b>																
Coma. Jur. Mariela Radulescu																
<b>SERVICIUL JURIDIC-CONTRACTUAL</b>																
Coma. Jur. Veronica Titulea																

**SPITALUL DE PSIHIATRIE GATAIA**  
MANAGER  
Ec. Cornelia Elena Sargan

Şef Birou CD Spitale, Urgenta si Transp. sanitar.  
Ec. Angelica Raia

**COMISIA DE CONTRACTARE**

Ec. Bacila Clementina  
Ec. Simniceanu Zenovia  
Dr. Eleonora Ciupanas  
Dr. Cristina Matei

**DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL**  
Ec. Silvia Handrau



25.11.2016