

Ordinul nr. 588/2015 privind modificarea și completarea 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

În vigoare de la 31.08.2015

Văzând Referatul de aprobare nr. DG nr. 1.458 din 18 august 2015 al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere art. 48 alin. (1) lit. b) și alin. (3) lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, precum și Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016,

în temeiul art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, precum și art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. I.

Normele 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, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 219 și 219 bis din 1 aprilie 2015, cu modificările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La capitolul I, la articolul 3, alineatul (10) se modifică și va avea următorul cuprins:

"

(10) Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale sunt aplicabile de la data prevăzută la art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate din titlul IX «Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția situațiilor în care asigurații execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cei care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare."

2. La capitolul I, la articolul 3, după alineatul (10) se introduce un nou alineat, alineatul (11), cu următorul cuprins:

"

(11) Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată, care au desemnat reprezentant legal de către autoritățile competente potrivit legislației în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale se face prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului

legal. Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice, care însoțește persoana cu tulburări psihice la furnizorii de servicii medicale, prezintă obligatoriu documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării de către furnizori a acestui document în evidențele proprii."

3. La capitolul III, la articolul 25, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Art. 25.

(1) Decontarea serviciilor de hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line, dializă peritoneală continuă și dializă peritoneală automată în sistem ambulatoriu, furnizate de unitățile sanitare care derulează Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, se realizează în conformitate cu prevederile Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 507/2015 pentru aprobarea Normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii, la un tarif de 496 lei pentru ședința de hemodializă convențională, la un tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line de 563 lei, la tariful de 53.340 lei/an pentru un bolnav cu dializă peritoneală continuă și la tariful de 66.675 lei/an pentru un bolnav cu dializă peritoneală automată."

4. La capitolul III articolul 25, alineatul (2) se abrogă.

5. La capitolul VII, tabelul cuprinzând creditele bugetare și de angajament aferente programelor naționale de sănătate curative pe anul 2015 se modifică și va avea următorul cuprins:

Creditele bugetare și de angajament aferente programelor naționale de sănătate curative pentru anul 2015

		- mii lei -
Denumire program de sănătate	Credite de angajament aprobate an 2015	Credite bugetare aprobate an 2015
Programul național de oncologie, din care:	1.497.006,87	1.546.952,86
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice	1.408.637,57	1.458.583,56
Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT	14.918,30	14.918,30
Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare	2.520,00	2.520,00
Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiei acute	1.334,00	1.334,00
Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice	69.597,00	69.597,00
Programul național de diabet zaharat	826.651,63	813.236,00

Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană	73.550,09	71.115,00
Programul național de tratament pentru boli rare	118.834,80	101.267,00
Programul național de tratament al bolilor neurologice	106.610,00	120.439,00
Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei	72.550,40	58.689,00
Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)	11.251,43	10.219,00
Programul național de boli endocrine	6.622,86	4.598,00
Programul național de ortopedie	54.543,68	58.203,00
Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice	694,21	721,00
Programul național de boli cardiovasculare	90.430,23	118.178,00
Programul național de sănătate mintală	2.005,66	1.638,00
Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță, din care:	19.258,00	29.689,00
Subprogramul de radiologie intervențională	9.021,43	14.931,00
Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos	9.934,06	13.478,00
Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil	127,40	361,00
Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular	175,11	919,00
Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică	869.430,00	869.430,00
TOTAL	3.749.439,86	3.804.374,86"

6. La capitolul VIII, titlul se modifică și va avea următorul cuprins:

"

CAPITOLUL VIII

Structura programelor naționale de sănătate curative aprobate pentru anul 2015, finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate"

7. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Obiective", după litera c) se introduce o nouă literă, litera d), cu următorul cuprins:

"

d) proceduri cardiologie intervențională ale malformațiilor cardiace la copil."

8. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Activități", după litera c) se introduce o nouă literă, litera c1), cu următorul cuprins:

"

c1) tratamentul pacienților cu aritmii complexe prin proceduri de ablație;"

9. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Activități", după litera f) se introduc trei noi litere, literele f1), f2), f3), cu următorul cuprins:

"

f1) tratamentul pacienților cu aneurisme aortice prin tehnici hibride;

f2) tratamentul pacienților cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter;

f3) tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal prin asistare mecanică a circulației pe termen lung;"

10. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Criterii de eligibilitate", după litera c) se introduce o nouă literă, litera c1), cu următorul cuprins:

"

c1) pentru proceduri de ablație: pacienții cu aritmii complexe;"

11. La capitolul VIII, la titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Criterii de eligibilitate", după litera f) se introduc trei noi litere, literele f1), f2), f3), cu următorul cuprins:

"

f1) pentru tratamentul prin tehnici hibride: pacienți cu aneurisme aortice cu acces vascular iliac sau femural adecvat, cu margine liberă nonanevrismală de cel puțin 1 cm de emergența arterelor renale și un diametru vascular cu 10-20% mai mic decât stentul disponibil de a fi implantat, cu anatomie favorabilă tratamentului endovascular (diametru peste 5 cm, diametru de 4-5 cm, dar care a crescut cu > 0,5 cm în ultimele 6 luni, diametru mai mare decât dublul calibrului aortei infrarenale, angulație mai mică a coletului aneurismal de 60°, diametru iliac > 7 mm sau care să permită introducerea unei teci de 19F, angulații ale arterelor iliace < 120°);

f2) pentru tratamentul prin tehnici transcateter: pacienți cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, respectiv cu stenoză aortică strânsă simptomatică (aria < 1 cm²), cu cuspe calcificate, care nu pot beneficia de o intervenție chirurgicală de protezare valvulară datorită riscului intervenției, conform unei analize din partea echipei medicochirurgicale și la care se consideră că se va putea îmbunătăți calitatea vieții, iar speranța de viață va fi > 1 an după efectuarea procedurii, precum și pacienții cu stenoză aortică strânsă simptomatică și cu risc chirurgical foarte mare, la care s-ar putea efectua intervenția chirurgicală, dar la care echipa medicochirurgicală în urma analizei profilului de risc individual și a profilului anatomic declară că tratamentul este mai indicat;

f3) pentru tratamentul prin asistare mecanică a circulației pe termen lung: pacienți cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal:

- bolnavi ce au contraindicații pentru transplantul cardiac sau ca terapie de așteptare "bridge to therapy" pentru transplant;
- bolnavi cu simptome severe și cu IC refractară la terapia convențională ce devin dependenți de terapia cu inotrope pozitive/vasopresoare > 14 zile sau dependenți de BCIA > 7zile și care au o scădere semnificativă a funcției sistolice (FE VS < 25%);
- bolnavi la care VO2 < 14 ml/kg/min sau mai puțin de 50% din valoarea standardizată în funcție de vârstă, sex și greutate;
- bolnavi la care indexul cardiac este < 2 l/min/m2, în ciuda terapiei concomitente cu substanțe inotrope pozitive;"

12. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Indicatori de evaluare", la punctul 1), după litera c) se introduce o nouă literă, litera c1), cu următorul cuprins:

"

c1) număr de bolnavi cu aritmii complexe tratați prin proceduri de ablație: 83;"

13. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Indicatori de evaluare", la punctul 1), după litera f) se introduc trei noi litere, literele f1), f2), f3), cu următorul cuprins:

"

f1) număr de bolnavi cu aneurisme aortice tratați prin tehnici hibride: 33;

f2) număr de bolnavi cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter: 27;

f3) număr de bolnavi cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal tratați prin asistare mecanică a circulației pe termen lung: 10;"

14. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Indicatori de evaluare", la punctul 2), după litera c) se introduce o nouă literă, litera c1), cu următorul cuprins:

"

c1) cost mediu/bolnav cu aritmii complexe tratat prin proceduri de ablație: 20.000 lei;"

15. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Indicatori de evaluare", la punctul 2), după litera f) se introduc trei noi litere, literele f1), f2) și f3), cu următorul cuprins:

"

f1) cost mediu/bolnav cu aneurism aortic tratați prin tehnici hibride: 56.000 lei;

f2) cost mediu/bolnav cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, tratat prin tehnici transcateter: 120.000 lei;

f3) cost mediu/bolnav cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal tratat prin asistare mecanică a circulației pe termen lung: 400.000 lei;"

16. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", titlul subtitlului "Natura cheltuielilor subprogramului" se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Natura cheltuielilor programului"

17. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Unități care derulează programul", la punctul 1), după litera t) se introduce o nouă literă, litera ț), cu următorul cuprins:

"

ț) Spitalul Județean de Urgență Pitești."

18. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Unități care derulează programul", după punctul 3) se introduce un nou punct, punctul 31), cu următorul cuprins:

"

31) proceduri de ablație:

- Spitalul Clinic de Urgență București;"

19. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Unități care derulează programul", după punctul 7) se introduc trei noi puncte, punctele 71), 72), 73), cu următorul cuprins:

"

71) proceduri prin tehnici hibride:

a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare «Prof. Dr. C.C. Iliescu» București;

b) Institutul de Boli Cardiovasculare «Prof. Dr. George I. M. Georgescu» Iași;

72) proceduri prin tehnici transcateter:

a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare «Prof. Dr. C.C. Iliescu» București;

b) Institutul de Boli Cardiovasculare «Prof. Dr. George I. M. Georgescu» Iași;

73) proceduri prin asistare mecanică a circulației pe termen lung:

- Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare «Prof. Dr. C.C. Iliescu» București;"

20. La capitolul VIII, titlul "Programul național de boli cardiovasculare", subtitlul "Unități care derulează programul", punctul 9) se modifică și va avea următorul cuprins:

"

9) proceduri de cardiologie intervențională în tratamentul copiilor cu malformații cardiace congenitale:

a) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii «M. S. Curie»;

b) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș."

21. La capitolul VIII, titlul "Programul național de oncologie" - "Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT", subtitlul "Unități care derulează subprogramul", după litera f) se introduce o nouă literă, litera g), cu următorul cuprins:

"

g) Universitatea de Medicină și Farmacie Craiova."

22. La capitolul VIII, titlul "Programul național de oncologie" - "Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare", titlul subtitlului "Natura cheltuielilor programului" se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Natura cheltuielilor subprogramului"

23. La capitolul VIII, titlul "Programul național de oncologie" - "Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiilor acute", titlul subtitlului "Natura cheltuielilor programului" se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Natura cheltuielilor subprogramului"

24. La capitolul VIII, titlul "Programul național de oncologie" - "Subprogramul de radioterapie a pacienților cu afecțiuni oncologice", subtitlul "Natura cheltuielilor subprogramului" se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Natura cheltuielilor subprogramului - cheltuieli pentru servicii de radioterapie: stabilirea indicației terapeutice, respectiv a tehnicii de iradiere, efectuarea planului de tratament radiologic, achiziția de date anatomice pentru planul de tratament radiologic - simulator convențional, CT-Sim, fuziune cu RMN, PET-CT, iradierea efectivă, controale intraterapeutice, în scopul aprecierii ritmului regresivității tumorale și a gestionării efectelor secundare acute ale tratamentului, controale postterapeutice."

25. La capitolul VIII, titlul "Programul național de oncologie" - "Subprogramul de radioterapie a pacienților cu afecțiuni oncologice", titlul subtitlului "Unități care derulează programul" se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Unități care derulează subprogramul"

26. La capitolul VIII, titlul "Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)", titlul subtitlului "Natura cheltuielilor subprogramului" se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Natura cheltuielilor programului"

27. La capitolul VIII, titlul "Programul național de diabet zaharat", subtitlul "Unități care derulează programul", litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

"

b) unități sanitare care au în structură secții/compartimente de profil/cabinete medicale de specialitate autorizate și evaluate în condițiile legii, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;"

28. La capitolul VIII, titlul "Programul național de tratament al bolilor neurologice", titlul subtitlului "Unități care derulează subprogramul" se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Unități care derulează programul"

29. La capitolul VIII, titlul "Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei", titlul subtitlului "Unități care derulează subprogramul" se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Unități care derulează programul"

30. La capitolul VIII, titlul "Programul național de tratament pentru boli rare", subtitlul "Indicatori de evaluare", la punctul 1), literele e) și h) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"

e) număr de bolnavi cu boala Fabry: 18;

.....

h) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter): 16;"

31. La capitolul VIII, titlul "Programul național de tratament pentru boli rare", subtitlul "Unități care derulează programul", la punctul 2), după litera l) se introduce o nouă literă, litera m), cu următorul cuprins:

"

m) Spitalul Clinic de Urgență București."

32. La capitolul VIII, titlul "Programul național de tratament pentru boli rare", subtitlul "Unități care derulează programul", la punctul 5) litera a) se abrogă.

33. La capitolul VIII, titlul "Programul național de tratament pentru boli rare", subtitlul "Unități care derulează programul", la punctul 5), după litera j) se introduce o nouă literă, litera k), cu următorul cuprins:

"

k) Institutul Clinic Fundeni."

34. La capitolul VIII, titlul "Programul național de tratament pentru boli rare", subtitlul "Unități care derulează programul", la punctul 8), după litera l) se introduce o nouă literă, litera m), cu următorul cuprins:

"

m) Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu."

35. La capitolul VIII, titlul "Programul național de tratament pentru boli rare", subtitlul "Unități care derulează programul", la punctul 14), după sublitera a.4) se introduce o nouă subliteră, sublitera a.5), cu următorul cuprins:

"

a.5) Spitalul Clinic de Copii «Dr. Victor Gomoiu» București;"

36. La capitolul VIII, titlul "Programul național de ortopedie", subtitlul "Unități care derulează programul", punctul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

"

6. Tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare:

- Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- Spitalul Clinic C.F. Nr. 2 București;

- Spitalul Clinic Colentina București;

- Spitalul Clinic Ort-Traum «Foișor» București;
- Spitalul Clinic de Urgență «Bagdasar Arseni» București;
- Spitalul Clinic de Urgență «Sf. Pantelimon» București;
- Spitalul Clinic de Urgență «Sf. Ioan» București;
- Spitalul Clinic de Urgență București;
- Spitalul Universitar de Urgență București;
- Spitalul Universitar de Urgență «Elias» București;
- Spitalul Universitar de Urgență Militar Central București;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
- Spitalul Militar de Urgență «Dr. Ct. Papilian» Cluj-Napoca;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență «Sf. Spiridon» Iași;
- Spitalul Clinic Județean Mureș;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara Nr. 2;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara Nr. 1;
- Spitalul Militar de Urgență «Victor Popescu» Timișoara."

37. La capitolul VIII, titlul "Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică", titlul subtitlului "Natura cheltuielilor subprogramului" se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Natura cheltuielilor programului"

38. La capitolul VIII, titlul "Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță", la "Subprogramul de radiologie intervențională", subtitlul "Unități care derulează subprogramul", litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

"

e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș [activitățile: a), d), e), f), g) și h)];".

39. Anexa nr. 4 se modifică și se înlocuiește cu anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

40. La anexa nr. 5, la articolul 14, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Art. 14.

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ah) și ai), se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie 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 și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective."

Art. II.

Direcțiile de specialitate din Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate prin care se derulează programe naționale de sănătate curative vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. III.

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Vasile Ciurchea

București, 18 august 2015.

Nr. 588.

ANEXĂ

(Anexa nr. 4 la normele tehnice)

CONTRACT

pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu pentru bolnavii incluși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică

Părțile contractante:

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str.
. . . nr. . . ., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte-director
general,

și

Unitatea sanitară, cu sediul în, str. nr., telefon . . .
., fax, reprezentată prin, având actul de înființare/organizare nr. . .
., Autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate
publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr.
., Dovada de evaluare nr., Avizul eliberat de Ministerul Sănătății nr.,
codul fiscal și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr.
., deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical,
atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă pe toată durata
Contractului nr.,

având în vedere:

- titlul II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările
ulterioare;

- Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru
anii 2015 și 2016;

- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015 pentru aprobarea
Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, cu
modificările ulterioare;

- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 507/2015 pentru aprobarea
Normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de casele
de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii;

- Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare și
funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările ulterioare;

- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 256/2013 pentru aprobarea
machedetelor de raportare fără regim special a indicatorilor specifici și a Metodologiei transmiterii
rapoartelor aferente programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, cu modificările și
completările ulterioare,

Casa de asigurări de sănătate și Furnizorul au încheiat prezentul contract pentru furnizarea serviciilor în următorii termeni și condiții:

Contractul este format din:

Partea 1 - Volumul estimat de servicii;

Partea a 2-a - Prevederi operaționale;

Anexa - Condiții obligatorii și suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu.

Fiecare parte și anexa la contract sunt parte integrantă a prezentului contract.

PARTEA 1

Volumul estimat de servicii

I. Bolnavi beneficiari ai Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică contractați

Tabelul de mai jos prezintă volumul estimat de servicii corespunzător perioadei contractate (astfel cum este definit în partea a 2-a a prezentului contract).

Serviciul	Volumul contractat estimat	Valoarea contractată estimată - lei -
Nr. bolnavi pentru hemodializă convențională		
Nr. ședințe de hemodializă convențională pentru bolnavi constanți		
Nr. bolnavi pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line		

Nr. ședințe de hemodiafiltrare intermitentă on-line pentru bolnavi constanți		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală continuă		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală automată		

Valoarea totală a contractului de la data intrării în vigoare și până la data de 31 decembrie 2015 este de lei, calculată la tarifele prevăzute la clauzele 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 și 6.1.4, respectiv tarifele prevăzute în Normele 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, cu modificările ulterioare, denumite în continuare norme tehnice.

II. Modificări ale volumului estimat

A. Furnizorul trebuie să aibă o capacitate suficientă pentru furnizarea volumului estimat de servicii pentru bolnavii asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

B. Volumul efectiv al serviciilor furnizate conform prezentului contract depinde de numărul de servicii solicitate Furnizorului pentru bolnavii asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate, sub condiția plafonului de plăți, conform clauzei 6.4.

C1. În cazul în care pe durata executării contractului există situația în care un bolnav constant a întrerupt tratamentul (transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire din program) și se vacantează un loc în centrul de dializă, Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre această situație la sfârșitul fiecărei perioade de raportare.

C2. În cazul în care pe durata executării contractului Furnizorul primește noi adeziuni de la bolnavii nou-incluși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, pentru efectuarea dializei în centru, Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre aceste solicitări, va preciza că este un bolnav nou-introdus pe un post vacantat prin ieșirea din Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică (transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire din program) sau că este un bolnav nou-introdus pe un loc liber creat prin transferul definitiv al unui bolnav constant într-un alt centru care are un loc vacantat, îl va raporta ca bolnav nou-tratat în centru, cu încadrarea în numărul total de bolnavi contractat pe tipuri de dializă și în valoarea de contract, și va informa casa de asigurări de sănătate dacă poate sau nu să onoreze această cerere.

Pentru bolnavii nou-introduși care nu au putut fi incluși pe un post liber sau vacantat în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, casa de asigurări de sănătate va transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate spre analiză, trimestrial, aceste

situații, putând încheia în acest sens acte adiționale, cu încadrarea în numărul total de bolnavi cuprinși în acest program și în fondurile aprobate cu această destinație prin buget în anul în curs.

C3. În cazul în care un bolnav constant al unui centru de dializă își exprimă adeziunea de a se transfera definitiv în alt centru de dializă, acest lucru se poate realiza prin încheierea unui act adițional de diminuare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a fost bolnav constant, și de majorare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a devenit bolnav constant, respectiv cu modificarea corespunzătoare a prevederilor bugetare.

C4. În situații justificate (un centru de dializă nu mai îndeplinește condițiile pentru furnizare de servicii de dializă în sistemul de asigurări sociale de sănătate, schimbarea de domiciliu a unui bolnav inclus în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică), furnizorii de servicii de dializă pot solicita majorarea, respectiv diminuarea volumului estimat de servicii de dializă și a valorii de contract, notificând în acest sens casele de asigurări de sănătate despre aceste situații. Părțile pot conveni să majoreze/diminueze volumul estimat de servicii de dializă și valoarea de contract prin încheierea unui act adițional, cu încadrarea în limita numărului de bolnavi cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și în fondurile aprobate cu această destinație prin buget în anul în curs. Casele de asigurări de sănătate vor informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate despre aceste situații justificate. Actul adițional se încheie în urma analizei de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și cu avizul acesteia, trimestrial sau, după caz, prin diminuarea volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a fost bolnav constant, și majorarea volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a devenit bolnav constant.

C5. Bolnavii noi care nu au fost incluși în centre pe locuri vacante vor fi raportați de către furnizori, iar casele de asigurări de sănătate nu vor deconta serviciile prestate pentru acești bolnavi decât după ce vor încheia acte adiționale, numai cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

D. Furnizorul acceptă riscul ca cererea de servicii să fie mai mică decât volumul estimat, situație în care casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat. Casa de asigurări de sănătate va plăti Furnizorului tariful contractual, stabilit potrivit clauzelor 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 și 6.1.4, pentru toate serviciile furnizate până la plafonul prevăzut în clauza 6.4 partea a 2-a, dar nu își asumă nicio obligație de a garanta că volumul serviciilor solicitate va atinge întotdeauna volumul estimat.

PARTEA a 2-a

Prevederi operaționale

1. Definiții

1.1. În scopul interpretării prezentului contract:

Caz de forță majoră înseamnă orice eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil.

Data intrării în vigoare este data la care prezentul contract intră în vigoare, prevăzută în clauza 3.

Data încetării are înțelesul prevăzut în clauza 2.

Data semnării este data la care prezentul contract este semnat de ambele părți.

Furnizorul înseamnă prestatorul de servicii definit potrivit prezentului contract, respectiv: unități sanitare publice și private.

Legile includ toate actele normative ale Parlamentului României, acte ale Guvernului României, precum și toate reglementările și hotărârile Guvernului mai jos menționate și reglementările cu caracter juridic ale autorităților publice, municipale și ale altor autorități competente, care afectează în orice mod sau sunt aplicabile serviciilor, astfel cum acestea ar putea fi modificate, completate, înlocuite și/sau republicate din când în când.

Materiale înseamnă toate materialele și documentația furnizată de către Furnizor pentru îndeplinirea serviciilor.

Norme de dializă înseamnă regulamentul de organizare și funcționare al unităților de dializă, cu anexele aferente, precum și Ghidul de bună practică, astfel cum acestea sunt aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Servicii înseamnă pachetul complet de servicii de dializă, incluse în pachetul de bază, cuprins în normele de dializă, care include servicii de hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line și servicii de dializă peritoneală continuă sau automată, precum

și furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, ce urmează a fi efectuate de către Furnizor în regim ambulatoriu pentru bolnavii asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, inclusiv transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la și la domiciliul acestora și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul bolnavilor. Serviciile de dializă cuprind:

a) serviciul de hemodializă convențională și hemodiafiltrarea intermitentă on-line: medicamente și materiale sanitare specifice, investigații de laborator, toate cheltuielile necesare realizării serviciului medical de hemodializă și transportului nemedicalizat al bolnavilor de la domiciliul lor la unitatea sanitară și retur, excepție făcând copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și persoanele cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transportului sanitar, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare;

b) serviciul de dializă peritoneală continuă și automată: medicamente și materiale sanitare specifice, investigații de laborator și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor.

Tariful contractual înseamnă tariful plătit de către casa de asigurări de sănătate Furnizorului pentru serviciile furnizate, conform clauzei 6.

Volumul estimat înseamnă volumul estimat al serviciilor ce urmează să fie furnizate de către Furnizor în condițiile prezentului contract.

Zi lucrătoare înseamnă o zi (dar nu sâmbăta sau duminica, în condițiile în care prin acte normative nu se stabilește altfel) în care băncile sunt deschise în mod normal pentru activitatea bancară în România.

1.2. Titlurile articolelor din prezentul contract au doar scopul de a înlesni citirea și nu vor afecta interpretarea acestuia.

1.3. În cazul unor neconcordanțe în ceea ce privește termenii folosiți în prezentul contract, acestea vor fi soluționate ținându-se cont de următoarea ordine:

a) prezentele clauze, incluse în această parte a 2-a;

b) toate celelalte părți, în ordinea numerotării.

2. Durata contractului

2.1. Sub rezerva clauzei 3, obligațiile Furnizorului în baza prezentului contract se vor naște la data intrării în vigoare a acestuia.

2.2. Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la 31 decembrie 2016 și poate fi prelungită prin acte adiționale, în limita creditelor aprobate prin buget pentru anul respectiv, în condițiile respectării dispozițiilor legale în vigoare.

2.3. Pentru anul, sumele vor fi angajate în limita fondurilor aprobate prin legea bugetului de stat.

3. Condiții suspensive

3.1. Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă și conținut acceptabile, a tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul contract. Data intrării în vigoare nu poate fi mai târziu de 15 zile lucrătoare de la data semnării, dacă părțile nu convin altfel.

3.2. Nedepunerea tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive prevăzute în anexă, în termenul prevăzut la clauza 3.1, atrage rezilierea de drept a prezentului contract.

4. Locația serviciilor

4.1. Furnizorului i se solicită să furnizeze servicii în Centrul de dializă , cu sediul în , str. nr. , județul

5. Obligațiile părților

5.1. Furnizorul are următoarele obligații:

a) să furnizeze serviciile de dializă potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare, precum și ale standardelor privind evaluarea, certificarea sau licențierea medicală a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializă ori furnizarea serviciilor și să utilizeze numai medicamente și materiale sanitare specifice, aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România; normele de evaluare, certificare sau licențiere medicală ulterioare datei semnării contractului se vor aplica furnizorului;

b) să furnizeze serviciile de dializă pacienților asigurați cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, care optează pentru efectuarea tratamentului în centru, fără niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament, în limita numărului de bolnavi pe tipuri de dializă incluși în program;

c) să furnizeze serviciile de dializă pacienților titulari ai cardului european de asigurări 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 aplicarea 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 pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, 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;

d) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de dializă;

e) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate, în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face

prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

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

f) să depună la autorități rapoartele cerute de normele de dializă, potrivit prevederilor legale în vigoare;

g) să angajeze personalul de specialitate proporțional cu cerințele minime de personal prevăzute în normele de dializă și să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

h) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, potrivit legislației în vigoare;

i) să ofere informații asiguraților despre serviciile acordate, precum și despre modul în care vor fi furnizate acestea și să acorde consiliere în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

j) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

k) să respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

l) să stabilească și să respecte programul de activitate, să îl afișeze la loc vizibil și să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

m) să anunțe casele de asigurări de sănătate despre modificările oricăreia dintre condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului de servicii de dializă, în maximum 5 zile lucrătoare de la

data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului, precum și despre modificarea datelor de identificare, declarate la data încheierii contractului;

n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de dializă și la obligațiile lor în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și la obligațiile pacienților referitoare la actul medical;

o) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele și materialele sanitare specifice achiziționate și utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;

p) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; se raportează în vederea decontării bolnavii și serviciile de dializă aferente acestora, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului, care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;

q) să respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale legislației subsecvente în acest domeniu;

r) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în anexa la prezentul contract și să facă dovada schiței tehnice a centrului de dializă (descrierea centrului);

s) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru programul național de sănătate pe care îl derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestuia;

ș) să raporteze corect și complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

t) să completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;

ț) 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;

u) să asigure prezența personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;

v) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din unitatea de dializă, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestora să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;

w) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de dializă contractate cu casele de asigurări de sănătate - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice etc.;

x) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele naționale de sănătate curative;

y) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

z) 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;

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

ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale de dializă în cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii medicale de dializă efectuate;

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de dializă și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul programului;

ad) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;

ae) să anunțe în scris, în termen de 5 zile lucrătoare, centrul de dializă de la care a plecat pacientul. Includerea de pacienți noi în cadrul programului pentru tratament specific se realizează potrivit prevederilor Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;

af) să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situație privind bolnavii decedați;

ag) să asigure transportul nemedical al pacienților pentru hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice pentru pacienții cu dializă peritoneală continuă sau automată prevăzuți în contract și să răspundă de calitatea transporturilor;

ah) să raporteze datele on-line Registrului renal român în formatul cerut de acesta;

ai) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale 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 și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

aj) să raporteze în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. ai) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

ak) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

5.2. Furnizorul privat de servicii de dializă nu are obligația de a furniza servicii de dializă în sistem de internare.

5.3. Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de dializă 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, pentru informarea asiguraților, precum și 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, și 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 și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casa 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 Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, suportate din bugetul Fondului, precum și 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 Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, 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 Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze furnizorilor, la data 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 casa 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 Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de dializă în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea;

h) să trimită spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizor, pentru a căror corectitudine furnizorul depune declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele 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 și 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 și 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 și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt;

k) să monitorizeze activitatea și calitatea serviciilor efectuate de Furnizor, incluzând, dar fără a se limita la monitorizarea sistemului de control intern al calității și evidențele Furnizorului;

l) să urmărească derularea prezentului contract și modul de îndeplinire a obligațiilor asumate de Furnizor;

m) să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate de Furnizor; trimestrial, să reevalueze volumul serviciilor, ținându-se cont de serviciile furnizate în trimestrul respectiv, proporțional cu perioada de contract rămasă de executat, cu încadrarea în bugetul aprobat;

n) să publice pe site-ul propriu, la termenul de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală.

5.4. Sancțiuni

5.4.1. În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la clauza 5.1. lit. c), d), g), h), j), l), p), r) și ad) se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă 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 și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

5.4.2. În cazul nerespectării obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. h), valoarea de contract se diminuează corespunzător în funcție de numărul de servicii care nu au respectat aceste criterii.

5.4.3. Nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. ș) 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.

5.4.4. Nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la clauza 5.4.3 pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

5.4.5. 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.

5.4.6. Nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. af) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract corespunzătoare trimestrului respectiv.

5.4.7. În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile Furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de dializă, aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă, aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

5.4.8. În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la clauza 5.1 lit. i), k), n), q) și v)-aa), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.9. În cazul în care, în urma controlului efectuat, se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.5. Reținerea sumelor potrivit prevederilor clauzelor 5.4.1 - 5.4.9 se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru Furnizorul care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pentru finanțarea Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

5.6. Recuperarea sumelor potrivit prevederilor clauzelor 5.4.1-5.4.9 se face prin plata directă sau prin executare silită în cazul Furnizorului care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

5.7. Pentru situațiile prevăzute la clauzele 5.4.1-5.4.9 casa de asigurări de sănătate ține evidența distinct pe fiecare furnizor și va informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate despre aceste situații.

5.8. Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condițiile prevăzute la clauzele 5.4.1-5.4.9 se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

5.9. Casa de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la clauzele 5.4.1-5.4.9 în cazul unităților sanitare cu paturi.

6. Plata

6.1. Plata serviciilor

6.1.1. Pentru bolnavii constanți care sunt supuși tratamentului de hemodializă convențională, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/ședință de hemodializă convențională prevăzută în normele tehnice, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful hemodializei convenționale) și în limita maximumului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

6.1.2. Pentru bolnavii constanți care sunt supuși tratamentului de hemodiafiltrare intermitentă on-line, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line prevăzută în normele tehnice, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful hemodiafiltrării intermitente on-line) și în limita maximumului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Hemodiafiltrarea intermitentă on-line este indicată (maximum 7% din totalul bolnavilor hemodializați și cu încadrarea în numărul de bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line prevăzută în normele tehnice) următoarelor categorii de bolnavi:

a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei ($eKt/V \geq 1,4$ sau fosfatemie $< 5,5$ mg/dl) nu pot fi atinse 3 luni consecutive;

b) bolnavi tineri cu șanse mari de supraviețuire prin dializă, dar cu șanse mici de transplant renal;

c) bolnavi cu polineuropatie «uremică», în pofida tratamentului eficient prin hemodializă convențională;

d) bolnavi cu comorbidități cardiovasculare sau cu diabet zaharat.

6.1.3. Pentru bolnavii constanți care sunt supuși tratamentului de dializă peritoneală continuă, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcție de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală și tariful/bolnav cu dializă peritoneală continuă prevăzut în normele tehnice (tariful dializei peritoneale continue), în limita valorii de contract.

6.1.4. Pentru bolnavii constanți care sunt supuși tratamentului de dializă peritoneală automată, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcție de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală și tariful/bolnav cu dializă peritoneală automată prevăzut în normele tehnice (tariful dializei peritoneale automate), în limita valorii de contract. Dializa peritoneală automată este indicată (maximum 7% din totalul bolnavilor dializați peritoneal și cu încadrarea în numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată prevăzut în normele tehnice) următoarelor categorii de bolnavi dializați peritoneal:

a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei peritoneale continue ambulatorii ($Kt/V_{uree} < 1,7$; clearance creatinină 60 l/săptămână sau ultrafiltrat < 1.000 ml/24 de ore ori absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25 %) nu pot fi atinse 3 luni consecutive;

b) copii preșcolari la care hemodializa și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificil de aplicat din punct de vedere tehnic și cu multiple posibile accidente și complicații;

c) bolnavi cu hernii sau eventrații abdominale care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din DPCA;

d) bolnavi dializați care pot și vor să urmeze studiile școlare și universitare;

e) bolnavi dializați care pot și vor să presteze activitate profesională;

f) bolnavi cu dizabilități care nu își pot efectua schimburile manuale de dializă peritoneală continuă ambulatorie și la care familia sau asistența la domiciliu poate efectua conectarea și deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

6.1.5. Furnizorul ia cunoștință și consimte că fiecare tarif acoperă toate costurile suportate de Furnizor în legătură cu prestarea serviciilor, incluzând, dar fără a se limita la, echipament, personal, consumabile medicale, produse farmaceutice (inclusiv EPO, atunci când este prescris medical), întreținere, utilități și orice transport necesar pentru personalul medical și/sau echipament de la/la domiciliul bolnavilor dializați peritoneal (continuu sau automat), respectiv transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializați (hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) de la/la domiciliul asiguratului, și nicio altă plată suplimentară nu va fi făcută de către casa de asigurări de sănătate.

6.1.6. Casa de asigurări de sănătate va plăti tariful contractual pentru serviciile furnizate bolnavilor constanți, asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate și cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică. Tariful pentru hemodializă include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv cheltuielile pentru medicamente [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigații de laborator, materiale sanitare specifice, precum și transportul dializaților de la domiciliul acestora până la centrul de dializă și retur, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și al persoanelor cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transport sanitar, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015; aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015, cu modificările și completările ulterioare. Tariful pentru dializa peritoneală include cheltuielile aferente medicamentelor specifice [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigațiilor de laborator, materialelor sanitare specifice, precum și transportului lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare la domiciliul bolnavilor.

6.1.7. Fondurile contractate pe tip de terapie (hemodializă și dializă peritoneală) nu se pot utiliza pentru alt tip de terapie și se vor deconta numai în limita fondurilor contractate pe tip de terapie (hemodializă și dializă peritoneală).

6.1.7.1. La regularizarea anuală, în condițiile în care valoarea realizată pe tip de terapie este mai mică decât valoarea estimată contractată, decontarea se poate face, indiferent de tipul de serviciu de dializă: hemodializă sau dializă peritoneală, pentru bolnavii constanți ai centrului, cu încadrarea în valoarea totală de contract.

6.2. Modalitățile de plată

6.2.1. Furnizorul va depune la casa de asigurări de sănătate declarația de servicii lunare, în formatul prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care va include tipul și volumul serviciilor furnizate bolnavilor asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară, numărul bolnavilor dializați pe tipuri de dializă și suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Această sumă va fi în funcție de: (i) numărul ședințelor de hemodializă convențională înmulțite cu tariful hemodializei convenționale; (ii) numărul ședințelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulțite cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line; (iii) numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale continue tratați multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale continue; și (iv) numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale automate tratați multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale automate, cu următoarele excepții:

6.2.1.1. bolnavul tratat prin ambele proceduri (hemodializă și dializă peritoneală), la care numărul de zile în care s-au efectuat ședințe de hemodializă (plătite la tarif/ședință) se scade din numărul de zile din lună cu dializă peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an/365 x număr de zile cu dializă peritoneală);

6.2.1.2. bolnavul care începe tratamentul de dializă peritoneală în altă zi decât data de întâi a lunii, pentru care tariful dializei peritoneale devine tarif pe bolnav pe zi și se calculează astfel: tariful dializei peritoneale împărțit la 365 de zile x numărul de zile în care s-a efectuat dializa peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an/365 x număr de zile cu dializă peritoneală);

6.2.1.3. bolnavul cu dializă peritoneală continuă sau automată care decedează în decursul lunii de tratament, pentru care calculul se face pentru numărul de zile în care a efectuat dializă peritoneală;

6.2.1.4. bolnavul cu hemodializă care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/ședință aferent tipului de hemodializă efectuat, cu încadrarea în numărul lunar de ședințe de hemodializă;

6.2.1.5. bolnavul cu dializă peritoneală care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/bolnav/zi aferent tipului de dializă peritoneală efectuat, cu încadrarea în valoarea de contract pe tipul de terapie.

6.2.2. Furnizorul are obligația ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună declarația de servicii privind serviciile furnizate în timpul lunii anterioare la casa de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate va notifica în scris observațiile sale în 5 zile lucrătoare de la primirea în original și după validarea declarației de servicii lunare. Furnizorul va emite o factură în lei pentru suma prevăzută în notificarea transmisă de casa de asigurări de sănătate. În termen de

30 de zile de la data primirii facturii și acordării vizei de «bun de plată», casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului, potrivit indicațiilor de pe factura emisă de acesta.

6.2.2.1. Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la clauza 6.2.2 exonerează casa de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

6.2.2.2. Nerespectarea de către Furnizor a termenului menționat la clauza 6.2.2, precum și existența unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depășit termenul.

6.3. Finanțare

6.3.1. Plățile de la casa de asigurări de sănătate pentru serviciile furnizate conform prezentului contract sunt sub condiția aprobării bugetului anual al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

6.3.2. Sumele se angajează anual, în limita sumelor aprobate prin legea bugetului de stat.

6.3.3. În cazul în care: a) bugetul anual al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate nu este aprobat în termen de 90 de zile lucrătoare de la începutul anului calendaristic; sau b) Casa Națională de Asigurări de Sănătate stabilește că este o alocație bugetară insuficientă în bugetul său anual pentru a finanța serviciile, conform prezentului contract, orice parte poate înceta prezentul contract în conformitate cu clauza 7.2 lit. c) sau părțile pot conveni un volum mai mic de servicii.

6.4. Plafonul aplicabil plăților făcute de către casa de asigurări de sănătate

6.4.1. Plata totală ce poate fi făcută de către casa de asigurări de sănătate este de lei, calculată ca suma dintre volumul estimat total al ședințelor de hemodializă convențională înmulțit cu tariful hemodializei convenționale, volumul estimat total al ședințelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulțit cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line, volumul estimat total al bolnavilor dializați peritoneal continuu înmulțit cu tariful dializei peritoneale continue și volumul estimat total al bolnavilor dializați peritoneal automat înmulțit cu tariful dializei peritoneale automate. Tarifele sunt prevăzute în normele tehnice.

6.4.2. Plata totală maximă efectuată de către casa de asigurări de sănătate poate crește în cazul în care părțile convin să majoreze volumul estimat, astfel cum este prevăzut în partea 1.

6.4.3. În situația în care cererea de servicii este mai mică decât volumul estimat, casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat.

7. Încetarea contractului

7.1. Contractul de furnizare de servicii de dializă încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a Furnizorului, după caz;

c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate.

7.2. Contractul de furnizare de servicii de dializă încetează în următoarele situații:

a) din motive imputabile Furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al Furnizorului 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.

7.3. Continuitatea serviciilor

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.

8. Suspendarea și rezilierea

8.1. Contractul de furnizare de servicii de dializă se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

a) Furnizorul sau, după caz, una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul Programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat de același furnizor 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;

f) nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. Ț), în condițiile în care furnizorul de servicii de dializă face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei și dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare.

8.2. În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea ei și înființarea concomitentă a unei noi unități sanitare cu paturi distinctă, cu personalitate juridică, contractul pentru finanțarea Programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, încheiat

cu casa de asigurări de sănătate și aflat în derulare, se preia de drept noua unitate sanitară înființată, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noii structuri.

8.3. Contractul de furnizare de servicii de dializă se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii de dializă nu începe activitatea în termen de cel mult 15 zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii de dializă;

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar ori expirarea dovezii de evaluare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de dializă și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

d) în cazul în care se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

e) refuzul Furnizorului de servicii de dializă de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de dializă în cadrul programului național de sănătate;

f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate la clauza 5.1 lit. o);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la clauza 5.1 lit. a), b), h), p) și Ț);

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. Ț), după expirarea termenului prevăzut la clauza 8.1 lit. f);

i) odată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la clauza 5.4.1.

9. Cesiunea sau subcontractarea

9.1. Furnizorul nu are dreptul să ceseze, în tot sau în parte, drepturile sale în baza prezentului contract ori să transfere, în tot sau în parte, obligațiile sale în baza prezentului contract ori să contracteze în întregime sau orice parte a lucrărilor ori sarcinilor legate de prestarea serviciilor, fără acordul scris prealabil al casei de asigurări de sănătate, cu excepția contractelor menționate în anexă.

9.2. Sub rezerva acordului scris prealabil al casei de asigurări de sănătate, cesionarul trebuie să îndeplinească toate condițiile asumate de către Furnizor.

9.3. Furnizorul va fi ținut răspunzător în continuare față de casa de asigurări de sănătate, în mod solidar cu cesionarul, pentru îndeplinirea obligațiilor de către acesta, cu drept de regres împotriva cesionarului.

10. Modificarea contractului

10.1. 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.

10.2. 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.

10.3. 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 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți.

11. Legea aplicabilă

11.1. Prezentul contract este guvernat și va fi interpretat în conformitate cu legile și reglementările din România.

12. Răspunderea contractuală

12.1. Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

12.2. De la data intrării în vigoare a prezentului contract Furnizorul de servicii de dializă va încheia o poliță de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puțin 100.000 euro pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru furnizorii de servicii) către casa de asigurări de sănătate, pentru astfel de riscuri și în astfel de termeni și condiții, cu un asigurător autorizat de Autoritatea de Supraveghere Financiară.

13. Soluționarea litigiilor

13.1. Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

13.2. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform clauzei 12.1 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.

14. Dispoziții finale

14.1. În cadrul Furnizorului pot fi acceptați la tratament și bolnavi tratați temporar, pe baza mecanismului stabilit potrivit normelor legale în vigoare, prin încheierea de acte adiționale, la prezentul contract.

14.2. La regularizarea trimestrială, sau, după caz, prin acte adiționale la contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizori se poate realiza: plata bolnavilor transferați definitiv, plata

pentru bolnavii transferați temporar și plata pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări 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 aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum și bolnavilor 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 și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor componente din statele ai căror asigurați sunt cu încadrarea în bugetul alocat programului.

- în cuprinsul pct. 14.3 sintagma "casa" se înlocuiește cu sintagma "casele".

14.3. Anual se poate efectua regularizarea serviciilor de dializă realizate și validate de casele de asigurări de sănătate pentru bolnavii constanți ai centrului, în limita a 152 de ședințe/an.

Prezentul contract a fost încheiat astăzi, , în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

Casa de Asigurări de Sănătate

Președinte-director general,

.....

Director executiv

Direcția economică,

.....

Director executiv

Direcția relații contractuale,

.....

Medic-șef,

.....

Vizat juridic, contencios

..... Furnizor de servicii de dializă

Reprezentant legal,

.....

ANEXA

la contract

CONDIȚII

obligatorii și suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu

Documente obligatorii pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:

1. cerere pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu;
2. codul unic de înregistrare (copie de pe certificatul de înmatriculare/înregistrare);
3. autorizația sanitară de funcționare, eliberată de direcția de sănătate publică, prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, sau certificatul constatator eliberat potrivit Legii nr. 359/2004 privind simplificarea formalităților la înregistrarea în registrul comerțului a persoanelor fizice, asociațiilor familiale și persoanelor juridice, înregistrarea fiscală a acestora, precum și la autorizarea funcționării persoanelor juridice, cu modificările și completările ulterioare, după caz;
4. avizul eliberat de Ministerul Sănătății, cu avizul Comisiei de Nefrologie a Ministerului Sănătății, pentru unitățile sanitare private;
5. dovada de evaluare a furnizorului;
6. certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale;
7. dovada contului deschis la Trezoreria Statului;
8. titlu valabil asupra spațiului în care își desfășoară activitatea centrul de dializă, pentru o perioadă cel puțin egală cu durata contractului;
9. acordul scris al pacienților existenți în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, pentru efectuarea dializei în centru, conform modelului:

ADEZIUNEA PACIENTULUI

Subsemnatul(a), , pacient(ă) al (a) Centrului de Dializă , tratat(ă) prin:

- hemodializă convențională;
- hemodiafiltrare intermitentă on-line*);
- dializă peritoneală continuă;
- dializă peritoneală automată*),

*) În această situație adeziunea va fi însoțită de referatul medical elaborat de medicul șef al centrului de dializă, din care să rezulte că sunt întrunite criteriile medicale aprobate prin ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, cu menționarea expresă a acestor criterii de includere. Referatul medical poate fi întocmit pentru maximum 7% din totalul bolnavilor tratați în centru pe tipuri de dializă (hemodializă și dializă peritoneală) și incluși în contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu încadrarea în numărul de bolnavi aprobat pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line, respectiv dializă peritoneală automată.

posesor (posesoare) al (a) C.I. seria nr. , eliberată de la data de , CNP , domiciliat(ă) în , dializat(ă) cronic din data de , solicit efectuarea ședințelor de dializă în Centrul de Dializă , începând cu data de

Data Semnătura pacientului

.....

Centrul de dializă de la care pleacă pacientul:

Am luat cunoștință

Data Semnătura medicului șef/coordonator

.....

Centrul de dializă la care pacientul solicită continuarea tratamentului:

De acord, începând cu data de

Data Semnătura medicului șef/coordonator

.....

Documente suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:

1. documente din care să reiasă existența personalului în centru, respectiv medici, asistente și personal auxiliar, cu respectarea normativului minimal de personal prevăzut de Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private:

1.1. documente privind încadrarea personalului potrivit Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private;

1.2. dovada că medicii angajați au specializare în Nefrologie;

1.3. dovada că asistenții medicali angajați au pregătire de bază în Medicină internă, Chirurgie, Terapie intensivă sau Pediatrie și specializare în hemodializă (hemodializă convențională și/sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) și dializă peritoneală (continuă și/sau automată) și au urmat un stagiu de cel puțin 6 săptămâni în centre de dializă autorizate (atestat semnat de medicul coordonator al centrului) și, respectiv, dovada că au efectuat independent cel puțin 7 ședințe de hemodiafiltrare intermitentă on-line și au instruit cel puțin 5 bolnavi pentru dializă peritoneală automată;

1.4. dovada că personalul tehnic are pregătire de bază (în cazul în care activitatea de întreținere a aparatului tehnic nu este externalizată): electronică, electro- mecanică, automată (medicală sau nu) și atestat de specializare pentru tipul de aparate din folosința unității, conform specificațiilor producătorului și normativelor în vigoare;

1.5. dovada că personalul care prepară soluția concentrată pentru hemodializă are atestat de specializare în operarea aparatului din dotarea unității, numai în unitățile care prepară local soluția concentrată de dializă;

2. dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico- sanitar angajat, valabile pe toată durata contractului, însoțite de dovada că primele de asigurare au fost plătite;

3. dovada existenței următoarelor contracte, încheiate de furnizor în vederea acordării serviciilor de dializă:

3.1. contract(e) cu furnizori autorizați potrivit legii pentru distribuirea de medicamente și materiale sanitare specifice hemodializei (hemodializă convențională și/sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) și dializei peritoneale (continuă și/sau automată);

3.2. contract(e) cu producători sau distribuitori autorizați potrivit legii, pentru furnizarea de aparatură de dializă și piese de schimb, precum și aparatură aferentă;

3.3. contract(e) pentru întreținerea aparaturii de dializă încheiat(e) cu organizații de întreținere autorizate potrivit legii;

3.4. contract(e) cu laboratoare de analiză evaluate și autorizate potrivit legii, pentru serviciile cerute conform normelor de dializă, după caz;

3.5. contract(e) cu unități de tratare a deșeurilor autorizate potrivit legii, după caz;

3.6. contract(e) cu unități de catering autorizate potrivit legii, după caz;

3.7. contract(e) cu transportatori autorizați potrivit legii, pentru transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la și la domiciliul pacienților și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul pacienților. În situația în care transportul se realizează de către furnizor se vor prezenta documente care să ateste că acesta deține în mod legal vehiculele folosite pentru transport autorizat și că este autorizat și evaluat pentru activitatea de transport sanitar nemedicalizat.

4. dovada din care să rezulte că partenerii contractuali ai furnizorului sunt autorizați potrivit legii. Contractele vor trebui să aibă o durată de valabilitate cel puțin egală cu durata contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate;

5. dovada că furnizorul are în dotare în întregime aparate de dializă noi, cu o dată de fabricație care să nu fie mai mare de 12 luni de la data intrării în vigoare a contractului (pentru furnizorii care nu au mai fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate). Pentru următoarele contracte încheiate de casele de asigurări de sănătate cu același furnizor și pentru același centru, acesta trebuie să facă dovada că aparatele de dializă din dotare se află în cadrul duratei de funcționare prevăzute de producător și că respectă parametrii tehnici funcționali prevăzuți de acesta;

6. dovada existenței unui sistem informatic pentru evidența pacienților, a serviciilor furnizate și a produselor;

7. Pentru contractarea serviciilor de hemodiafiltrare intermitentă on-line, furnizorii vor prezenta și următoarele documente:

7.1. dovada deținerii aparatului/aparatelor de dializă echipate pentru tratament prin hemodiafiltrare intermitentă on-line (seria aparatului/aparatelor) sau certificatul de conformitate emis de producător, prin care se face dovada că aparatul de dializă este prevăzut cu dispozitiv pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line;

7.2. dovada deținerii unui contract cu un laborator acreditat pentru analiza apei produse și încadrarea în nivelurile maxime admise și cu frecvența menționată potrivit Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private.

8. Pentru contractarea serviciilor de dializă peritoneală automată, furnizorii vor prezenta și următoarele documente:

8.1. dovada deținerii aparatelor care pot efectua tratament prin dializă peritoneală automată;

8.2. procesul-verbal de predare-primire al aparatului încheiat cu bolnavul, precum și consemnarea că bolnavul a fost instruit cu privire la modul de utilizare al acestui aparat.

Documentele vor fi depuse la casele de asigurări de sănătate în copii certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.