

**CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicești
nr. VII/SP/01 /30.04.2010**

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate Timis, cu sediul în municipiul Timisoara, str. Corbului, nr. 4, județul/sectorul Timis, telefon 0256/201772 , fax 0256/294484, reprezentată prin Președinte - director general Calin Cristian Careba,

Și

Spitalul Clinic Județean de Urgență Timisoara, cu sediul în Timisoara, B-dul Prof Dr. Ioan Bulbuța, nr.4, tel. 0256/163001, fax. 0256/165397, reprezentat prin Manager: Asist. Univ. Gheorghe Noditi

II. Obiectul contractului

ART. 1 (1) Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului - cadru privind condițiile acordării asistenței medicale încadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

(2) Activitățile suplimentare și alte obligații de plată din partea caselor de asigurări de sănătate sunt prevăzute în actele adiționale la prezentul contract.

III. Servicii medicale spitalicești

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

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinele medicale de boli infecțioase, cabinele de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități. Fac excepție urgențele medico-chirurgicale, bolile cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și tratament, internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și cazurile care au recomandare de internare într-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care beneficiază de internare fără bilet de internare.

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

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

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2010.
 ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligațiile părților

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

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, autorizați și evaluati, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecărui și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însotite de documente justificative prezентate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate, și validate conform normelor, în limita valorii de contract;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;
- d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;
- e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
- f) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzută la art. 6 lit. ac), contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însotitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însotitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme;
- g) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;
- h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- i) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat astfel încât decontarea cazurilor externe și raportate să se încadreze în sumele contractate, funcție de realizarea indicatorilor negociați, conform normelor;
- j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste

servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceștia. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

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

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

b) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însotită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

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

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

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;

h) să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al directiei de sanatate publică județene sau a municipiului București, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

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

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

k) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

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

- n) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;
- o) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;
- q) să respecte protocolele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;
- r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- s) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului European de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocole internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- t) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului deasigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și în normele de aplicare a acestuia;
- v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală transmisă direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu de specialitate, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;
- x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz;
- y) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010; precum și nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumat prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;
- z) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

w) situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evaluateze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

aa) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

ab) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ac) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;

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

ae) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezентate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor interne, 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 anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;

af) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară – bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

ag) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi, prescripția medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

ah) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele allocate cu această destinație și conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G.nr. 262/2010.

VII. Modalități de plată

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

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, care se stabilește astfel:

SECTIA	NR. CAZ EXT	INDICE CASE-MIX PE ANUL 2009	TARIF / CAZ PONDERAT 2010	SUMA
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4

TOTAL	V anexa 1a	V anexa 1a	V anexa 1a	58.611.712,46
--------------	-------------------	-------------------	-------------------	----------------------

*) Indicele de case-mix pentru anul 2009 este prezentat în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010.

**) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2010 este prezentat în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

b) Suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

SECTIA/COMPARTIMENT	NR CAZ EXTERN	DOS sau „dupa caz, DURATA.EF.REALZ	TARIF / ZI SPITALZ	SUMA
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4
TOTAL	V anexa 1b	V anexa 1b	V anexa 1b	1.602.104,85

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010 .

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

TIP DE SERVICIU	NR SERV CONTRACTAT (PE TIPURI)	TARIF / CAZ REZOLV / SERV MED NEGOCIAȚ*	SUMA CORESPUNZ SERV CONTRACTATE
C1	C2	C3	C4=C2*C3
Tarif / caz rezolvat	V anexa 1d	V anexa 1d	2.540.766,64
Tarif/serv. medical	V anexa 1d	V anexa 1d	28.047,26
TOTAL	V anexa 1d	V anexa 1d	2.568.813,90

*) Tariful pe serviciu medical se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010 .Tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate, și nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanțate în sistem DRG;
- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanțate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități.

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG și tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale.

(2) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2010 este de 63.150.268,00 lei.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2010 se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I 20.699.547,15 lei,
din care:

- luna I 6.899.849,05 lei
- luna II 6.899.849,05 lei
- luna III 6.899.849,05 lei

- Suma aferentă trimestrului II 22.730.341,38 lei,
din care:

- luna IV 6.827.819,58 lei
- luna V 7.859.740,34 lei
- luna VI 8.042.781,46 lei

- Suma aferentă trimestrului III 19.158.510,71 lei,
din care:

- luna VII 8.355.215,14 lei
- luna VIII 7.149.428,13 lei
- luna IX 3.653.867,44 lei

- Suma aferentă trimestrului IV 561.868,76 lei,
din care:

- luna X 236.488,08 lei
- luna XI 192.423,96 lei
- luna XII 132.956,72 lei

(4) Lunar, până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzută la art. 6 lit. (ac), casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însotitoare justificative depuse la casa de asigurari de sănătate până la data de 7, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de 17.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor

(5) Trimestrial, în termen de 7 zile de la primirea rapoartelor de validare de la SNSPMS se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract până la această dată, conform facturilor însotite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externe din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru

privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010 și în condițiile în care cazurile externe sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40 % din cazurile externe din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii – boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

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

- a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferent lunii respective;
- b) la a doua constatare reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;
- c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(8) Reținerea sumei conform alin. (7) se face, din prima plată care urmează a fi efectuată.

(9) Casele 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 alin. (7) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 8 Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. RO62TREZ6215041XXX000497, deschis la Trezoreria Statului .

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 9 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 10 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 11 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțunea contractului.

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

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

X. Încetarea și suspendarea contractului

Art. 15 (1) - Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

- a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;
- b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare;
- c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.
- d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 18 și art. 20 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin HG nr. 262/2010, nu se aplică unităților sanitare cu paturi.

ART.16 Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

ART. 17 Situațiile prevăzute la art. 15 alin. (1) și la art. 16 lit. b) și c) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situatiile prevăzute la art. 15 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondență

ART. 18 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celelalte părți contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 19 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 10 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

ART. 20 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobatelor cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale,

precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încețează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnorii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competență Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV. Alte clauze

Prezentul contract include și valoarea actelor aditionale încheiate pentru perioada 01.01.2010–30.04.2010.

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

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 30.04.2010, în două exemplare a către 10 pagini fiecare, către unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SANATATE

Președinte - Director general,
Calin Cristian Cicea

Director executiv
Direcției management și economice
Ec. Gratiela Los

Director executiv al
Direcției relații cu furnizorii,
Jr.Constantin Tanasie

Vizat

Juridic , contencios și aplicare acorduri internaționale
Cons. Jur.Mariana Rădulescu



FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,
Asist. Univ. Dr. Nodita Gheorghita

Director medical
Conf.Dr. Marius Preleceanu

Director finanțiar-contabil
Ec. Mariana Sturza

Director de îngrijiri,
As.med. Doina Ungor

DEFALCARE BUGET SERV.SPITALICESTI PE TRIMESTRE SI LUNI, 2010

SEMESTRUL I 2010

Nr	Tip asistenta spitaliceasca	TOTAL 2010	Ianuarie	Februarie	Martie	TRIM I	Aprilie	Mai	Iunie	TRIM II
a	DRG	58,611,712.46	6,547,292.68	6,547,292.68	6,547,292.68	19,641,878.04	6,547,292.68	7,297,958.14	7,455,045.94	21,300,296.76
b	ACUTI	0,00				0,00				0,00
c	RECUP/ CRONICI	1,602,104.85	113,981.44	113,981.44	113,981.44	341,944.32	113,981.44	200,514.86	226,764.86	541,261.16
d	SPITALIZ DE ZI	2,568,813.90	166,545.46	166,545.46	166,545.46	499,636.38	166,545.46	339,617.34	339,320.66	845,483.46
	-TARIF PE CAZ REZOLVAT	2,540,766.64	164,165.16	164,165.16	164,165.16	492,495.48	164,165.16	336,132.00	336,132.00	835,429.16
	-TARIF PE SERVICIU	28,047.26	2,380.30	2,380.30	2,380.30	7,140.90	2,380.30	3,485.34	3,188.66	9,054.30
e	PARACLINIC	367,636.79	72,029.47	72,029.47	72,029.47	216,088.41	0,00	21,650.00	21,650.00	43,300.00
	LABORATOR	254,783.12	34,411.58	34,411.58	34,411.58	103,234.74		21,650.00	21,650.00	43,300.00
	RADIOLOGIE	112,853.67	37,617.89	37,617.89	37,617.89	112,853.67				0,00
	TOTAL GENERAL	63,150,268.00	6,899,849.05	6,899,849.05	6,899,849.05	20,699,547.15	6,827,819.58	7,859,740.34	8,042,781.46	22,730,341.38

SEMESTRUL II 2010

Nr	Tip asistenta spitaliceasca	Iulie	August	Septembrie	TRIM III	Octombrie	Noiembrie	Decembrie	TRIM IV
a	DRG	7,750,295.28	6,595,794.64	3,153,111.58	17,499,201.60	56,778.72	56,778.72	56,778.72	170,336.16
b	ACUTI				0,00				0,00
c	RECUP/ CRONICI	247,137.86	193,014.86	139,589.43	579,742.15	76,197.36	32,134.86	30,825.00	139,157.22
d	SPITALIZ DE ZI	336,132.00	338,968.63	339,516.43	1,014,617.06	81,862.00	81,862.00	45,353.00	209,077.00
	-TARIF PE CAZ REZOLVAT	336,132.00	336,132.00	336,132.00	1,008,396.00	79,985.00	79,985.00	43,476.00	203,446.00
	-TARIF PE SERVICIU		2,836.63	3,384.43	6,221.06	1,877.00	1,877.00	1,877.00	5,631.00
e	PARACLINIC	21,650.00	21,650.00	21,650.00	64,950.00	21,650.00	21,648.38	0.00	43,298.38
	LABORATOR	21,650.00	21,650.00	21,650.00	64,950.00	21,650.00	21,648.38		43,298.38
	RADIOLOGIE				0.00				0.00
	TOTAL GENERAL	165,215.14	7,149,428.13	3,653,867.44	19,158,510.71	236,488.08	192,423.96	132,056.24	561,868.76

CAS Timis
PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
Calin Cristian Careanu
DIR.EXEC.DIR.MANAGEMENT ECONOMIC
Ec. Gratiela Loga
DIR.EXEC.DIR.REDACTIE FORNIZORII
Jr.Constantin Tanase
SEF SERV. JURIDIC-CONTENCIOS SI APLICARE ACORDURI INTERNAT.
C.j. Mariana Radulescu




SPITALUL CLINIC NR.1 JUDETEAN
MANAGER
Dr. Gheorghe Noditi
DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL
Ec. Mariana Sturza




SPITALUL CLINIC NR.1 JUDETEAN

ANEXA 1

VIVSP/1/30.04.2010

1a) INDICATORI SPITALE - PRG 2019

INDICATORI DRG - 2010			ian-mart 2010	1.2199	1.380	LEI	
Nr.	Total sectii	Nr. Cazuri externe contractat (*)	Indice case-mix pentru anul 2009*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2010**)	Suma contractata 2010	SUMA CONTRACTATA	NR CAZURI CONTRACTAT (01.01-31.12.10)
0	C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4	C6	C7
1	Cardiologie	1,772	1,3616	1,390	3,196,858.23	3,196,858.23	1,772
2	Chir.generala 1	1,745	1,3616	1,390	3,164,581.96	3,164,581.96	1,745
3	Chir.generala 2	1,732	1,3616	1,390	3,152,527.57	3,152,527.57	1,732
4	Chir.generala 3	1,008	1,3616	1,390	1,829,329.24	1,829,329.24	1,008
5	Chir.generala 4	452	1,3616	1,390	808,404.60	808,404.60	452
6	Chir.plastica si reparatoria	1,483	1,3616	1,390	2,725,188.21	2,725,188.21	1,483
7	Chir. Vasculara	799	1,3616	1,390	1,449,457.98	1,449,457.98	799
8	Diabet zaharat,nutritie si boli metabolice	1,235	1,3616	1,390	2,249,542.60	2,249,542.60	1,235
9	Dializa peritoneala	41	1,3616	1,390	75,087.64	75,087.64	41
10	Endocrinologie	572	1,3616	1,390	1,032,382.05	1,032,382.05	572
11	Gastroenterologie	1,587	1,3616	1,390	2,878,097.09	2,878,097.09	1,587
12	Medicina interna	504	1,3616	1,390	916,233.34	916,233.34	504
13	Nefrologie	1,212	1,3616	1,390	2,165,225.66	2,165,225.66	1,212
14	Neonatalogie(nn si prematuri)	1,893	1,3616	1,390	3,454,102.60	3,454,102.60	1,893
15	Neurochirurgie	1,166	1,3616	1,390	2,125,226.40	2,125,226.40	1,166
16	Neurologie 1	1,186	1,3616	1,390	2,156,804.02	2,156,804.02	1,186
17	Neurologie 2	1,877	1,3616	1,390	3,404,368.55	3,404,368.55	1,877
18	Obstetrica-ginecologie 1	2,306	1,3616	1,390	4,188,694.86	4,188,694.86	2,306
19	Obstetrica-ginecologie 2	1,400	1,3616	1,390	2,561,825.56	2,561,825.56	1,400
20	Ortopedie si traumatologie I	1,528	1,3616	1,390	2,785,256.85	2,785,256.85	1,528
21	Ortopedie si traumatologie2	1,244	1,3616	1,390	2,260,301.36	2,260,301.36	1,244
22	ORL 1	121	1,3616	1,390	219,595.21	219,595.21	121
23	ORL 2	269	1,3616	1,390	496,566.14	496,566.14	269
24	Pediatrie	1,507	1,3616	1,390	2,728,231.37	2,728,231.37	1,507
25	Psihiatrie acut 1	662	1,3616	1,390	1,202,718.21	1,202,718.21	662
26	Psihiatrie acut 2	261	1,3616	1,390	478,267.71	478,267.71	261
27	Terapie intensiva coronarieni	385	1,3616	1,390	697,285.94	697,285.94	385
28	Toxicologie	57	1,3616	1,390	102,232.19	102,232.19	57
29	Transplant renal	27	1,3616	1,390	48,590.90	48,590.90	27
30	Urologie	2,227	1,3616	1,390	4,058,708.41	4,058,708.41	2,227
	TOTAL	32,258			58,611,712.46	58,611,712.46	32,258
					58,611,712.46		

*Numarul de cazuri externe contractate pe sectii este orientativ.

DEFALCARE TRIMESTRIALA INDICATORI DRG

TRIM I 2010

control 58,611,712.46 32,25

TRIM I 2010		1	NR. EXTERNARI	2	NR. EXTERNARI	3	NR. EXTERNARI	TRIM I	NR. EXTERNARI
	SUMA		SUMA		SUMA		SUMA		
Cardiologie	420,865.50	250	420,865.50	250	420,865.50	250	1,262,595.50	750	

Chir.generala 1	370,361.64	220	370,361.64	220	370,361.64	220	1,111,084.92	660
Chir.generala 2	336,692.40	200	336,692.40	200	336,692.40	200	1,010,077.20	600
Chir.generala 3	210,432.75	125	210,432.75	125	210,432.75	125	631,298.25	375
Chir.generala 4	126,259.65	75	126,259.65	75	126,259.65	75	378,778.95	225
Chir.plastica si reparatore	218,850.06	130	218,850.06	130	218,850.06	130	656,550.18	390
Chir. Vasculara	168,346.20	100	168,346.20	100	168,346.20	100	505,038.60	300
Diabet zaharat,nutritie si boli metabolice	235,684.68	140	235,684.68	140	235,684.68	140	707,054.04	420
Dializa peritoneala	6,733.85	4	6,733.85	4	6,733.85	4	20,201.54	12
Endocrinologie	134,676.96	80	134,676.96	80	134,676.96	80	404,030.88	240
Gastroenterologie	336,692.40	200	336,692.40	200	336,692.40	200	1,010,077.20	600
Medicina interna	101,007.72	60	101,007.72	60	101,007.72	60	303,023.16	180
Nefrologie	345,109.71	205	345,109.71	205	345,109.71	205	1,035,329.13	615
Neonatologie(nn si prematuri)	345,109.71	205	345,109.71	205	345,109.71	205	1,035,329.13	615
Neurochirurgie	218,850.06	130	218,850.06	130	218,850.06	130	656,550.18	390
Neurologie 1	235,684.68	140	235,684.68	140	235,684.68	140	707,054.04	420
Neurologie 2	397,297.03	236	397,297.03	236	397,297.03	236	1,191,891.10	708
Obstetrica-ginecologie 1	471,369.36	280	471,369.36	280	471,369.36	280	1,414,108.08	840
Obstetrica-ginecologie 2	235,684.68	140	235,684.68	140	235,684.68	140	707,054.04	420
Ortopedie si traumatologie I	286,188.54	170	286,188.54	170	286,188.54	170	858,565.62	510
Ortopedie si traumatologie2	252,519.30	150	252,519.30	150	252,519.30	150	757,557.90	450
ORL 1	25,251.93	15	25,251.93	15	25,251.93	15	75,755.79	45
ORL 2	33,669.24	20	33,669.24	20	33,669.24	20	101,007.72	60
Pediatrie	330,267.51	196	330,267.51	196	330,267.51	196	990,802.54	589
Psihiatrie acuti 1	134,676.96	80	134,676.96	80	134,676.96	80	404,030.88	240
Psihiatrie acuti 2	42,086.55	25	42,086.55	25	42,086.55	25	126,259.65	75
Terapie intensiva coronarieni	84,173.10	50	84,173.10	50	84,173.10	50	252,519.30	150
Toxicologie	15,151.16	9	15,151.16	9	15,151.16	9	45,453.47	27
Transplant renal	6,733.85	4	6,733.85	4	6,733.85	4	20,201.54	12
Urologie	420,865.50	250	420,865.50	250	420,865.50	250	1,262,596.50	750
TOTAL	6,547,292.68	3,889	6,547,292.68	3,889.18	6,547,292.68	3,889.18	19,641,878.04	11,668

TRIM II

Sectia	4		5		6		TRIM II	
	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN
Cardiologie	353,920.69	187	367,169.06	194	352,028.06	186	1,073,117.81	567
Chir.generala 1	346,350.19	183	408,806.78	216	369,061.68	195	1,124,218.66	594
Chir.generala 2	414,484.66	219	442,874.02	234	391,773.17	207	1,249,131.84	660
Chir.generala 3	196,832.90	104	247,933.74	131	202,510.77	107	647,277.41	342
Chir.generala 4	71,919.71	38	88,953.33	47	75,704.96	40	236,578.00	125
Chir.plastica si reparatore	350,135.44	185	395,558.42	209	412,592.03	218	1,158,285.89	612
Chir. Vasculara	123,020.56	65	166,550.91	88	168,443.54	89	458,015.01	242
Diabet zaharat,nutritie si boli metabolice	263,074.74	139	268,752.61	142	325,531.33	172	857,358.67	453
Dializa peritoneala	15,140.99	8	7,570.50	4	3,785.25	2	26,496.74	14
Endocrinologie	113,557.44	60	109,772.19	58	145,732.05	77	369,061.68	195
Gastroenterologie	333,101.82	176	342,564.94	181	327,423.95	173	1,003,090.72	530
Medicina interna	100,309.07	53	87,060.70	46	126,805.81	67	314,175.58	166
Nefrologie	177,906.66	94	208,188.64	110	234,685.38	124	620,780.67	328
Neonatologie(nn si prematuri)	346,350.19	183	401,236.29	212	478,833.87	253	1,226,420.35	648
Neurochirurgie	191,155.02	101	283,893.60	150	295,249.34	156	770,287.97	407
Neurologie 1	242,255.87	128	249,826.37	132	264,967.36	140	757,049.60	400

Neurologie 2	469,370.75	248	456,122.38	241	397,451.04	210	1,322,944.18	699
Obstetrica-ginecologie 1	410,699.41	217	529,934.72	280	543,183.09	287	1,483,817.22	784
Obstetrica-ginecologie 2	291,464.10	154	355,813.31	188	359,598.56	190	1,006,875.97	532
Ortopedie si traumatologie I	300,927.22	159	340,672.32	180	367,169.06	194	1,008,768.59	533
Ortopedie si traumatologie2	282,000.98	149	297,141.97	157	287,678.85	152	868,821.79	455
ORL 1	30,281.98	16	32,174.61	17	35,959.86	19	98,416.45	52
ORL 2	58,671.34	31	88,953.33	47	98,416.45	52	246,041.12	130
Pediatrie	300,927.22	159	299,034.59	158	319,853.46	169	919,815.26	486
Psihiatrie acuti 1	113,557.44	60	145,732.05	77	158,980.42	84	418,269.90	221
Psihiatrie acuti 2	71,919.71	38	51,100.85	27	75,704.96	40	198,725.52	105
Terapie intensiva coronarieni	79,490.21	42	90,845.95	48	66,241.84	35	236,578.00	125
Toxicologie	9,463.12	5	3,785.25	2	11,355.74	6	24,604.11	13
Transplant renal	1,892.62	1	9,463.12	5	3,785.25	2	15,140.99	8
Urologie	487,110.63	257	520,471.60	275	554,538.83	293	1,562,121.06	825
Total	6,547,292.68	3,459	7,297,958.14	3,856	7,455,045.94	3,939	21,300,296.76	11,254

TRIM III

Sectia	7		8		9		TRIM III	
	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN
Cardiologie	391,773.17	207	312,282.96	165	151,409.92	80	855,466.05	452
Chir.generala 1	446,659.26	236	317,960.83	168	158,980.42	84	923,600.51	488
Chir.generala 2	423,947.78	224	291,464.10	154	172,228.78	91	887,640.66	469
Chir.generala 3	261,182.11	138	175,799.28	95	104,094.32	55	545,075.71	288
Chir.generala 4	87,060.70	46	64,349.22	34	35,959.86	19	187,369.78	99
Chir.plastica si reparatore	386,095.30	204	359,598.56	190	158,980.42	84	904,674.27	478
Chir. Vasculara	227,114.88	120	170,336.16	90	83,275.46	44	480,726.50	254
Diabet zaharat,nutritie si boli metabolice	291,464.10	154	257,396.86	136	130,591.06	69	679,452.02	359
Dializa peritoneala	9,463.12	5	7,570.50	4	5,677.87	3	22,711.49	12
Endocrinologie	100,309.07	53	83,275.46	44	70,027.09	37	253,611.62	134
Gastroenterologie	374,739.55	198	316,668.21	167	168,443.54	89	859,251.30	454
Medicina interna	141,946.80	75	105,986.94	56	45,422.98	24	293,356.72	155
Nefrologie	204,403.39	108	208,188.64	110	90,845.95	48	503,437.98	266
Neonatalogie(nn si prematuri)	509,115.86	269	495,867.49	262	181,691.90	96	1,186,675.25	627
Neurochirurgie	300,927.22	159	285,786.22	151	105,986.94	56	692,700.38	366
Neurologie 1	272,537.86	144	306,605.09	162	107,879.57	57	687,022.51	363
Neurologie 2	380,417.42	201	331,209.20	175	172,228.78	91	883,855.41	467
Obstetrica-ginecologie 1	569,679.82	301	522,364.22	276	193,047.65	102	1,285,091.70	679
Obstetrica-ginecologie 2	361,491.18	191	344,457.57	182	136,268.93	72	842,217.68	445
Ortopedie si traumatologie I	405,021.54	214	331,209.20	175	176,014.03	93	912,244.77	482
Ortopedie si traumatologie2	306,605.09	162	211,973.89	112	111,664.82	59	630,243.79	333
ORL 1	18,926.24	10	5,677.87	3	15,140.99	8	39,745.10	21
ORL 2	64,349.22	34	47,315.60	25	32,174.61	17	143,839.42	76
Pediatrie	306,605.09	162	304,712.46	161	200,618.14	106	811,935.70	429
Psihiatrie acuti 1	194,940.27	103	119,235.31	63	60,563.97	32	374,739.55	198
Psihiatrie acuti 2	77,597.58	41	43,530.35	23	26,496.74	14	147,624.67	78
Terapie intensiva coronarieni	94,631.20	50	73,812.34	39	34,067.23	18	202,510.77	107
Toxicologie	13,248.37	7	7,570.50	4	5,677.87	3	26,496.74	14
Transplant renal	3,785.25	2	1,892.62	1	1,892.62	1	7,570.50	4

Urologie	524,256.85	277	488,296.99	258	215,759.14	114	1,228,312.98	649
Total	7,750,295.28	4,095.00	6,595,794.64	3,485.00	3,153,111.58	1,666.00	17,499,201.50	9,246
TRIM IV								
Sectia	10	11	12				TRIM IV	
	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN	SUMA	NR. INTERN
Cardiologie	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Chir.generala 1	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Chir.generala 2	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Chir.generala 3	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Chir.generala 4	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Chir.plastica si reparatorie	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Chir. Vasculara	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Diabet zaharat,nutritie si boli metabolice	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Dializa peritoneala	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Endocrinologie	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Gastroenterologie	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Medicina interna	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Nefrologie	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Neonatologie(nn si prematuri)	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Neurochirurgie	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Neurologie 1	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Neurologie 2	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Obstetrica-ginecologie 1	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Obstetrica-ginecologie 2	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Ortopedie si traumatologie I	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Ortopedie si traumatologie2	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
ORL 1	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
ORL 2	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Pediatrie	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Psihiatrie acuti 1	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Psihiatrie acuti 2	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Terapie intensiva parohieni	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Toxicologie	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Transplant renal	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Urologie	1,892.62	1	1,892.62	1	1,892.62	1	5,677.87	3
Total	56,778.72	30	56,778.72	30	56,778.72	30	170,336.16	



AS Timis *
PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
Călin Cristian Cucăba

DIR. EXEC. DIR. MANAGEMENT ECONOMICĂ
Ec. Gratiela Moș

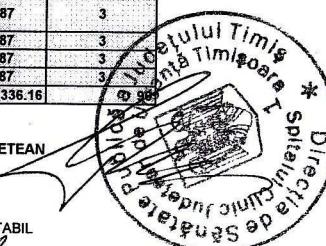
DIR. EXEC. DIR. REL. CU FURNIZORII
Jr. Constantin Tanasie

SEF SERV. JURIDIC-CONTENCIOS SI APLICARE ACORDURI INTERNAT.
C.j. Mariana Radulescu

SPITALUL CLINIC NR.1 JUDEȚEAN

MANAGER
Dr. Gheorghe Nodit

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL
Ec. Mariana Sturza



SPITAL CLINIC NR. 1 JUDETEAN

1(b) INDICATORI - CRONICI - 201

ANEXA 1b
VII/SP/01/30.0

INDICATORI - CRONICI- CONTRACTATI 2010							LEI RON		
Nr	Sectie	Mt. casurilor estimate (*)	DOS (de seaza Norme)	Nr. zile spitalizare	Tarif pe zi spitalizare 2010	Durata de spitalizare contractata aprile- decembrie 2010	SUMA CONTRACTATA	NR ZILE CONTRACT 2010	NR CASURI CONTRACTATE 2010
0	Cl	C2	C3	C4	C5	05+04xCS	C6	C9	C10
1	RECUPERARE POSTTRAUM	100,00	21	1,710	318,90	16,13	510,317,79	1,710	
2	ANEMIA PREMATURE	22,00	16,5	373	810,00	16,10	300,897,00	373	
3	PSYCHIATRIE	71.228,944		2,899			344,363	2,899	
4	-CATEGORIA I	62,22	60	2,161	125,00	37,50	255,575,12	2,161	
5	-CATEGORIA II	19,00	50	738	125,00	37,50	88,787,50	738	
6	NEUROCHIRURGIE	4		1,740		0,00	294,570,00	1,740,00	5
7	-CU CT CONTROL	2,00	30	60			10,110,00	60	
8	-CU RMN CONTROL	2,00	30	60			10,560,00	60	
9	-TRAUMATISM CRANICO- CEREBRAL SAU COLANA ATI	8,00	31	240	250,00	30,00	60,000,00	240	
10	PROCES EXPANSIV INTRACRANIAN OPERAT ATI	7,00	32	210	155,00	30,00	32,550,00	210	
11	ANEVRISM CEREBRAL OPERAT ATI	8,00	33	240	155,00	30,00	37,200,00	240	
12	COMPLIZITATE DUR RADICULARE	7,00	34	210	155,00	30,00	32,550,00	210	
13	TRAUMATISM CRANICO- CEREBRAL	8,00	35	240	155,00	30,00	37,200,00	240	
14	PROCES EXPANSIV INTROSTOMIAN	7,00	36	210	155,00	30,00	32,550,00	210	
15	ANEVRISM CEREBRAL OPERAT	9,00	37	270	155,00	30,00	41,850,00	270	
16	NEUROLOGIE	26		748			151,867,44		748,47
17	-PACHET SIMPLU	16,25	30	508	250,00	30,00	117,277,44	508	
18	-CU INVESTIG CT	6,00	30	180			25,560,00	180	
19	-CU INVESTIG. RMN	2,00	30	60			9,120,00	60	
	TOTAL	223	-	7,471	-		1.602,104,65	7,471	

*Numarul de cazuri extinse contractate pe sectii este orientativ

DEFALCARE INDICATORI-CRONICI 2008 - PE TRIMESTRE SI LUNI												
	IANUARIE			FEBRUARIE			MARTIE			TRIM I		
	Nr. Caz	Zile spit	Suma	Nr. Caz	Zile spit	Suma	Nr. Caz	Zile spit	Sums	Nr. Caz	Zile spit	Sums
CAZ/ZILE/RUMA	19	640	113,981,44	20	620,06	113,981,44	20,02	620,06	113,981,44	59,23	1,880,45	341,844,32
1 RECUPERARE POSTTRAUM	8	168	39,523,68	6	126	29,642,76	6	126	29,642,76	20,00	420	98,809,20
2 NEONATOLOG - PREMATURI	2	33	26,400,00	2	33	26,400,00	2	33	26,400,00	6,00	99	79,200,00
3 PSIHATRIE	5	409,32	43,797,76	5,02	151,06	26,663,48	5	251	16,064	18	911	85,372,16
-CATEGORYA I	5	409	43,797,76	4	21	21,513,68	4	201	21,513,68	16,23	811	86,825,12
-CATEGORYA II	0	0,00	0	1	50	4,550,00	1	50	4,550,00	2,00	100	9,100,00
NEUROCHIRURGIE	0	0	0,00	2,06	68,00	18,335,90	2	80	10,335	4	120	26,676,00
-CU INVESTIG CT	0	0	0	1	30	5,055,00	1	30	5,055,00	2,00	60	10,110,00
-CU INVESTIG, RNM	0	0	0	1	30	5,280,00	1	30	5,280,00	2,00	60	10,560,00
NEUROLOGIE	1	30	4,260,00	5,00	150,00	21,540,00	5	150	21,540,00	14,00	330,00	47,340,00
-PACHET SIMPLU	1	30	4,260,00	1	30	4,200,00	1	30	4,200,00	3,00	90	12,660,00
-CU INVESTIG CT	0	0,00	0	3	90	12,780,00	3	90	12,780,00	6,00	180	25,560,00
-CU INVESTIG, RNM	0	0,00	0	1	30	4,550,00	1	30	4,550,00	2,00	60	8,120,00

TRIM II

LUNA/TRIM	IV			V			VI			TRIM II		
	Nr. Cas	Zile spit	Sumsa									
CAZZILE/ SUMA	19	459	113,981.44	36	919	200,514.86	41	1,099	226,764.86	96	2,477	541,261.16
RECUPERARE POSTTRAUM	7	113	36,007.00	15	242	77,157.86	15	242	77,157.86	37	597	190,322.72
NEONATOLOG - PREMATURI	2	32	26,082.00	2	32	26,082.00	2	32	26,082.00	6	97	78,246.00
PSIHATRIE	2	75	9,375.00	10	375	46,875.00	14	515	65,625.00	26	975	121,075.00
-CATEGORIA I	1	38	4,687.50	5	188	23,437.50	7	263	32,812.50	13	488	60,937.50
-CATEGORIA II	1	38	4,687.50	5	188	23,437.50	7	263	32,812.50	13	488	60,937.50

6	NEUROCHIRURGIE	7	210	35.400,00	7	210	35.400,00	7	210	35.400,00	21	630	106.200,00
9	-TRAUMATISM CRANIO- CEREBRAL SAU COLOANA ATI	1	30	7.500,00	1	30	7.500,00	1	30	7.500,00	3	90	22.500,00
10	INTRACRANIAN OPERAT ATI ANEVISM CRANIO-OPERAT ATI	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	3	90	13.950,00
11	COMPRESSIONE MEDIO-RADICULARE	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	3	90	13.950,00
12	TRAUMATISM CRANIO-CEREBRAL	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	3	90	13.950,00
13	PROCES EXPANSIV	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	3	90	13.950,00
14	INTRACRANIAN ANEVISM CRANIO-OPERAT	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	3	90	13.950,00
15	NEUROLOGIE	1	28	7.117,44	2	60	15.000,00	3	90	22.500,00	6	178	44.617,44
17	-PACHET SIMPLU	1	28	7.117,44	2	60	15.000,00	3	90	22.500,00	6	178	44.617,44

TRIM III

LUNA/TRIM				VII			VIII			IX			TRIM III		
	Nr.Caz	Zile seft	Suma		Nr.Caz	Zile seft	Suma		Nr.Caz	Zile seft	Suma		Nr.Caz	Zile seft	Suma
1	CAZUL/ZILE/suma	40	997	247.137,86	35	889	193.014,86	24	555	139.589,43	99	2.441	579.742,15		
1	RECUPERARE POSTTRAUM	15	241,95	77.157,86	15	242	77.157,86	11	177	56.582,43	41	661	210.898,15		
2	NEONATOLOG - PREMATURE	5	80,5	65.205,00	2	32	26.082,00	2	32	26.082,00	9	145	117.369,00		
3	PSIHATRIE	16	375	46.875,00	10	375	46.875,00	3	75	9.375,00	22	825	103.125		
4	-CATEGORIA I	9	337,5	42.187,50	10	375	46.875,00	1	38	4.687,50	20	750	93.750,00		
5	-CATEGORIA II	1	37,5	4.687,50	0	0	0,00	1	38	4.687,50	2	75	9.375,00		
6	NEUROCHIRURGIE	7	210	35.400,00	7	210	35.400,00	6	240	4.050,00	22	660	110.850		
9	-TRAUMATISM CRANIO- CEREBRAL SAU COLOANA ATI	1	30	7.500,00	1	30	7.500,00	1	30	7.500,00	3	90	22.500,00		
10	INTRACRANIAN OPERAT ATI ANEVISM CRANIO-OPERAT ATI	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	3	90	13.950,00		
11	COMPRESSIONE MEDIO-RADICULARE	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	3	90	13.950,00		
12	TRAUMATISM CRANIO-CEREBRAL	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	3	90	13.950,00		
13	PROCES EXPANSIV	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	3	90	13.950,00		
14	INTRACRANIAN ANEVISM CRANIO-OPERAT	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	1	30	4.650,00	3	90	13.950,00		
15	NEUROLOGIE	2	90	22.500,00	1	30	7.500,00	1	30	7.500,00	4	120	18.600,00		
17	-PACHET SIMPLU	3	90	22.500,00	1	30	7.500,00	1	30	7.500,00	5	150	37.500		

TRIM IV

LUNA/TRIM				X			XI			XII			TRIM IV		
	Nr.Caz	Zile seft	Suma		Nr.Caz	Zile seft	Suma		Nr.Caz	Zile seft	Suma		Nr.Caz	Zile seft	Suma
1	CAZUL/ZILE/suma	12	355	76.197,36	5	122	32.134,86	6	195	30.825,00	23	672	139.157,22		
1	RECUPERARE POSTTRAUM	1	16	5.143,86	1	16	5.143,86	0	0	0,00	2	32	10.287,72		
2	NEONATOLOG - PREMATURE	1	16	13.041,00	1	16	13.041,00	0	0	0,00	2	32	26.082,00		
3	PSIHATRIE	3	113	14.062,50	0	0	0,00	2	75	9.375,00	5	138	23.437,50		
4	-CATEGORIA I	2	75	9.375,00	0	0	0,00	1	38	4.687,50	3	113	14.062,50		
5	-CATEGORIA II	1	38	4.687,50	0	0	0,00	1	38	4.687,50	2	75	9.375,00		
6	NEUROCHIRURGIE	4	120	21.450,00	3	90	13.950	4	120	21.450	11	330	56.850		
9	-TRAUMATISM CRANIO- CEREBRAL SAU COLOANA ATI	1	30	7.500,00	0	0	0,00	1	30	7.500,00	2	60	15.000,00		
10	INTRACRANIAN OPERAT ATI ANEVISM CRANIO-OPERAT ATI	0	0	0,00	1	30	4.650,00	0	0	0,00	1	30	4.650,00		
11	COMPRESSIONE MEDIO-RADICULARE	1	30	4.650,00	0	0	0,00	1	30	4.650,00	2	60	9.300,00		
12	TRAUMATISM CRANIO-CEREBRAL	0	0	0,00	1	30	4.650,00	0	0	0,00	1	30	4.650,00		
13	PROCES EXPANSIV	1	30	4.650,00	0	0	0,00	1	30	4.650,00	2	60	9.300,00		
14	INTRACRANIAN ANEVISM CRANIO-OPERAT	0	0	0,00	1	30	4.650,00	0	0	0,00	1	30	4.650,00		
15	NEUROLOGIE	2	90	22.500,00	0	0	0,00	0	0	0,00	3	90	22.500,00		
17	-PACHET SIMPLU	3	90	22.500,00	0	0	0,00	0	0	0,00	3	90	22.500,00		

LD

CAS Tras

PRESIDENTE DIRECTOR GENERAL

Calin Gratiu Carbu

DIR.EXEC.DIR. MANAGEMENT si ECONOMICA

Ec. Gratiu LOS

DIR.EXEC.DIR.REDACTIE JURNIZORII

Jr.Constantin Tanase

SEF SERV. JURIDIC-CONTENCIOS SI APPLICARE ACORDURI INTERNAT.

C.J. Mariana Radulescu

SPITALUL CLINIC NR.1 JUDETEAN

MANAGER

Dr. Gheorghe Nodit

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL

Ec. Mariana Sturza

Sedintă de lucru

Sedintă de lucru</div

**ACT ADITIONAL NR.VII/SP/01/7/15.12.2010 la contractul
de furnizare de servicii medicale spitalicești
nr. VII/SP/01 /30.04.2010**

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate Timis, cu sediul în municipiu Timisoara, str. Corbului, nr. 4, județul/sectorul Timis, telefon 0256/201772 , fax 0256/294484, reprezentată prin Președinte - director general Calin Cristian Careba,

Și

Spitalul Clinic Județean de Urgenta Timisoara, cu sediul în Timisoara, B-dul Prof Dr. Ioan Bulbuca, nr.4, tel. 0256/163001, fax. 0256/165397, reprezentat prin Manager: Asist. Univ. Gheorghe Noditi

II. Obiectul actului aditional

ART. 1 Obiectul prezentului act aditional îl constituie modificarea structurii BVC ca urmare a regularizarii indicatorilor pentru serviciile medicale spitalicești pe perioada ianuarie-noiembrie și suplimentarea valorii de contract a lunii decembrie 2010, conform referatului CAS Timis nr.45.310/15.12.2010 .

III.Modificarea contractului

ART. 2 Ca urmare a suplimentării, partile contractante de comun acord, modifica contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești după cum urmează:

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

1.La cap.VI << Modalități de plată>>, art.7(1),(2),(3), lit.a,b,d și anexele 1a,b,d, se modifica după cum urmează:

a) Prin suplimentarea cu 2.002.745,78 lei, suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, devine:

SECTIA	NR. CAZ EXT	INDICE CASE-MIX PE ANUL 2009	TARIF / CAZ PONDERAT 2010	SUMA
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4
TOTAL	V anexa 1a	V anexa 1a	V anexa 1a	75.963.461,92

b) Suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distințe în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale, este:

SECTIA/COMPARTIMENT	NR CAZ EXTERN	DOS sau ,după caz, DURATA.EF.REALZ	TARIF / ZI SPITALZ	SUMA
C1	C2	C3	C4	C5=C2*C3*C4
TOTAL	V anexa 1b	V anexa 1b	V anexa 1b	1.618.582,56

d) Prin diminuarea cu 57,87 lei spit. de zi tarif pe caz rezolvat ,suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, devine:

TIP DE SERVICIU	NR SERV CONTRACTAT (PE TIPURI)	TARIF / CAZ REZOLV / SERV MED NEGOCIAT*	SUMA CORESPUNZ SERV CONTRACTATE
C1	C2	C3	C4=C2*C3
Tarif / caz rezolvat	V anexa 1d	V anexa 1d	2.381.461,48
Tarif/serv. medical	V anexa 1d	V anexa 1d	27.986,63
TOTAL	V anexa 1d	V anexa 1d	2.409.448,11

(2) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2010 este de **80.354.018,58 lei**.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2010 se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă ianuarie-noiembrie 73.276.501,21 lei,
- luna XII 7.077.517,37 lei, suma cu plata în 2011.

ART.3 Ca urmare a modificarii ,la actul aditional nr. VII/SP/01/g/ 30.04.2010,la Cap. VI, Modalitati de plata, art. 8 se modifica dupa cum urmeaza:

ART. 8 Prin diminuarea cu 963,46 lei,suma pentru investigatii paraclinice efectuate in regim ambulatoriu finantata din fondul asistentei medicale spitalicesti pentru serviciile medicale paraclinice, devine:

Nr.crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Numar de servicii negociat*)	Total lei (col.2 x col.3)
0	1	2	3	4
1.	Laborator clinic			250.344,10
2.	Radiologie			112.181,89
	Total	x	x	362.525,99

*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

Suma anuală contractată este 362.525,99 lei,
din care:

- Suma aferentă ianuarie-noiembrie 362.525,99 lei

ART.4 Restul articolelor raman neschimbate.

Prezentul act aditional la contractul de furnizare a serviciilor medicale spitalicești a fost încheiat astăzi 13.12.2010, în două exemplare a câte 2 pagini fiecare, câte unul pentru partea contractantă.

Casa de asigurari de sanatate
Președinte - Director general,
Călin Cristian Careba

Director economic
Ec. Gratiela Los

Director relații contractuale
Jr.Constantin Tanasie

Vizat
Birou Juridic-contencios
Cons. Jur. Viorica Tiriteu

Int. C.B

Furnizor de servicii medicale
Manager,
Asist. Univ. Dr. Noditi Gheorghe

Director medical,
Conf.Dr. Marius Prejbeanu

Director finanță-contabil,
Ec. Maria Saracan

Director de îngrijiri,
As.med. Doina Ungor

A. Negru -

SPITALUL CLINIC NR.1 JUDETEAN

ANEXA 2
VII/17/15, 12,2010

DEFALCARE BUGET SERV.SPITALICESTI PE TRIMESTRE SI LUNI, 2010

Nr	Tip asistenta spitaliceasca	TOTAL 2010	TRIM I	Aprilie-Noiembrie	Ianuarie-Noiembrie
a	DRG	75.963.461,92	19.640.951,13	49.471.133,71	69.112.084,84
b	ACUTI	0,00			0,00
c	RECUP/ CRONICI	1.618.582,56	341.716,96	1.126.091,31	1.467.808,27
d	SPITALIZ DE ZI	2.409.448,11	499.636,38	1.834.445,73	2.334.082,11
	-TARIF PE CAZ REZOLVAT	2.381.461,48	492.495,48	1.815.477,00	2.307.972,48
	-TARIF PE SERVICIU	27.986,63	7.140,90	18.968,73	26.109,63
e	PARACLINIC	362.525,99	213.995,80	148.530,19	362.525,99
	LABORATOR	250.344,10	101.813,91	148.530,19	250.344,10
	RADIOLOGIE	112.181,89	112.181,89		112.181,89
	TOTAL GENERAL	80.354.018,58	20.696.300,27	52.580.200,94	73.276.501,21

Nr	Tip asistenta spitaliceasca	Decembrie
a	DRG	6.851.377,08
b	ACUTI	
c	RECUP/ CRONICI	150.774,29
d	SPITALIZ DE ZI	75.366,00
	-TARIF PE CAZ REZOLVAT	1.877,00
	-TARIF PE SERVICIU	7.00
e	PARACLINIC	1.00
	LABORATOR	
	RADIOLOGIE	
	TOTAL GENERAL	

CAS Timis
PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
Calin Cristian Careba

DIRECTOR ECONOMIC
Ec. Gratiela Los

DIR.RELATII CONTRACTUALE
Jr.Constantin Tanasie

BIROU JURIDIC-CONTENCIOS
C.j. Viorica Titea



SPITALUL CLINIC NR.1 JUDETEAN
MANAGER
Dr. Gheorghe Noditi

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL
Ec. Maria Saracan



SPITALUL CLINIC NR.1 JUDETEAN

ANEXA 1a

VII/SP/1/7/15,12,2010

1a) INDICATORI SPITALE - DRG 2010

INDICATORI DRG - 2010		ian-mart 2010	1,2199	1.380		LEI	
Nr.	Total sectii	Nr. Cazuri externe contractat (*)	Indice case-mix pentru anul 2009*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2010**)	Suma contractata 2010	SUMA CONTRACTATA	NR CAZURI CONTRACTAT (01.01-31.12.10)
0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1	Cardiologie	2.182	1,3616	1.390	3.972.834,07	3.972.834,07	2.182
2	Chir.generala 1	2.154	1,3616	1.390	3.938.665,18	3.938.665,18	2.154
3	Chir.generala 2	2.068	1,3616	1.390	3.788.449,23	3.788.449,23	2.068
4	Chir.generala 3	1.257	1,3616	1.390	2.300.592,62	2.300.592,62	1.257
5	Chir.generala 4	593	1,3616	1.390	1.075.264,58	1.075.264,58	593
6	Chir.plastica si reparatorie	1.869	1,3616	1.390	3.455.741,08	3.455.741,08	1.869
7	Chir. Vasculara	1.023	1,3616	1.390	1.873.405,75	1.873.405,75	1.023
8	Diabet zaharat,nutritie si boli metabolice	1.519	1,3616	1.390	2.787.047,82	2.787.047,82	1.519
9	Dializa peritoneala	132	1,3616	1.390	247.316,42	247.316,42	132
10	Endocrinologie	712	1,3616	1.390	1.297.349,41	1.297.349,41	712
11	Gastroenterologie	1.921	1,3616	1.390	3.510.233,50	3.510.233,50	1.921
12	Medicina interna	686	1,3616	1.390	1.260.690,90	1.260.690,90	686
13	Nefrologie	1.471	1,3616	1.390	2.655.415,27	2.655.415,27	1.471
14	Neonatologie(nn si prematuri)	2.409	1,3616	1.390	4.430.696,59	4.430.696,59	2.409
15	Neurochirurgie	1.488	1,3616	1.390	2.734.651,33	2.734.651,33	1.488
16	Neurologie 1	1.534	1,3616	1.390	2.815.437,18	2.815.437,18	1.534
17	Neurologie 2	2.217	1,3616	1.390	4.047.860,71	4.047.860,71	2.217
18	Obstetrica-ginecologie 1	3.346	1,3616	1.390	6.157.023,82	6.157.023,82	3.346
19	Obstetrica-ginecologie 2	1.764	1,3616	1.390	3.250.740,70	3.250.740,70	1.764
20	Ortopedie si traumatologie I	2.020	1,3616	1.390	3.716.427,86	3.716.427,86	2.020
21	Ortopedie si traumatologie2	1.717	1,3616	1.390	3.155.512,51	3.155.512,51	1.717
22	ORL 1	208	1,3616	1.390	384.253,50	384.253,50	208
23	ORL 2	390	1,3616	1.390	725.573,64	725.573,64	390
24	Pediatrie	1.821	1,3616	1.390	3.323.271,89	3.323.271,89	1.821
25	Psihiatrie acuti 1	850	1,3616	1.390	1.558.531,52	1.558.531,52	850
26	Psihiatrie acuti 2	394	1,3616	1.390	730.006,71	730.006,71	394
27	Terapie intensiva coronarieni	534	1,3616	1.390	979.286,92	979.286,92	534
28	Toxicologie	158	1,3616	1.390	293.387,22	293.387,22	158
29	Transplant renal	125	1,3616	1.390	234.277,21	234.277,21	125
30	Urologie	2.863	1,3616	1.390	5.262.516,80	5.262.516,80	2.863

Chir.generala 1	1.111.084,92	660
Chir.generala 2	1.010.077,20	600
Chir.generala 3	631.298,25	375
Chir.generala 4	378.778,95	225
Chir.plastica si reparatorie	656.550,18	390
Chir. Vasculara	505.038,60	300
Diabet zaharat,nutritie si boli metabolice	707.054,04	420
Dializa peritoneala	20.201,54	12
Endocrinologie	404.030,88	240
Gastroenterologie	1.010.077,20	600
Medicina interna	303.023,16	180
Nefrologie	1.035.329,13	615
Neonatologie(nn si prematuri)	1.035.329,13	615
Neurochirurgie	656.550,18	390
Neurologie 1	707.054,04	420
Neurologie 2	1.191.891,10	708
Obstetrica-ginecologie 1	1.414.108,08	840
Obstetrica-ginecologie 2	707.054,04	420
Ortopedie si traumatologie I	858.565,62	510
Ortopedie si traumatologie2	757.557,90	450
ORL 1	75.755,79	45
ORL 2	101.007,72	60
Pediatrie	991.559,12	589

Neurologie 2	2.609.928,50	1379
Obstetrica-ginecologie 1	3.720.898,78	1966
Obstetrica-ginecologie 2	2.297.645,54	1214
Ortopedie si traumatologie I	2.384.706,24	1260
Ortopedie si traumatologie2	1.924.798,61	1017
ORL 1	302.819,84	160
ORL 2	586.713,44	310
Pediatrie	2.076.208,53	1097
Psihiatrie acuti 1	1.050.406,32	555
Psihiatrie acuti 2	543.183,09	287
Terapie intensiva coronarieni	668.096,27	353
Toxicologie	238.470,62	126
Transplant renal	196.832,90	104
Urologie	3.433.054,91	1813
Total	49.471.133,71	26.138

Sectia	12	
	SUMA	NR. INTERN
Cardiologie	378.524,80	200
Chir.generala 1	378.524,80	200
Chir.generala 2	283.893,60	150
Chir.generala 3	189.262,40	100
Chir.generala 4	56.778,72	30
Chir.traumatologica		

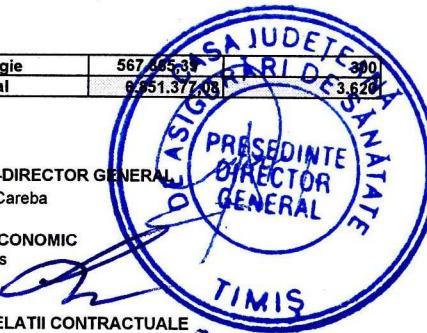
Urologie	567.445,31	300
Total	6.651.377,08	3.620

CAS Timis
PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
Calin Cristian Careba

DIRECTOR ECONOMIC
Ec. Gratiela Los

DIRECTOR RELATII CONTRACTUALE
Jr. Constantin Tanasie

BIROU JURIDIC-CONTENCIOS
C.j. Viorica Tiritie



SPITALUL CLINIC NR.1 JUDETEAN
MANAGER
Dr. Gheorghe Noditi

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL
Ec. Maria Saracan



1d - (B)

INDICATORI SPITALIZARE DE ZI - 2010 - TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Sumă pentru serviciile medicale efectuate în regim de spitalizare de zi - tarif/serviciu medical

INDICATORII - SPITALIZARE DE ZI - 2010

NR	Tip de serviciu medical cf tabelului din anexa 16 Norme (cap.1,B, pc. 2)	Numar servicii medicale contractate, pe tipuri (*)	Tariful / serviciu medical (**) cf tabelului din anexa 16 Norme (cap.1,B, nr.2)	Suma estimata	LEI	
					Suma Contractata Initial	Nr. cazuri contractat
0	1	2	3	4	5	6
1	Anestezie		0,00	0,00		0
2	Anestezie de contact si infiltratie	107	46,06	4.698,12	4.928,42	107
3	Anestezie locala	128	16,63	2.045,49	2.128,64	128
4	Chir maxilo-faciala	0	0,00	0,00	0,00	0
5	Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus) cu	18	86,80	1.475,60	1.562,40	18
6	Regularizarea creasta hemiarcada cu	14	86,80	1.128,40	1.215,20	14
7	Tratament hiperostoza tuberozitara cu	11	86,80	868,00	954,80	11
8	Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare cu	15	86,80	1.215,20	1.302,00	15
9	Excizia hiperplaziei de mucoasa	12	86,80	954,80	1.041,60	12
10	Extrirea formatiunilor tumorale (osoaice-de parti moi) cu	25	86,80	2.083,20	2.170,00	25
11	Adancirea santului vestibular sau lingual superior sau inferior cu	13	86,80	1.041,60	1.128,40	13
12	Alveoloplastie cu	16	86,80	1.302,00	1.388,80	16
13	Rezectie apicala cu obturatie/fara obturatie cu	14	86,80	1.128,40	1.215,20	14
14	Amputatie radiculara cu	10	86,80	781,20	868,00	10
15	Metoda chirurgicala ortodontica(tunelizare) cu	11	86,80	868,00	954,80	11
16	Dinti ectopici cu	20	57,87	1.099,53	1.157,40	20
17	Dinti din focanul de fractura cu	10	57,87	520,83	578,70	10
18	Excizia bridelor cu	11	57,87	578,70	636,57	11
19	Operatie cu lambou	21	190,95	3.628,05	4.009,95	21
20	Corectia frenului cu	17	26,62	425,92	452,54	17
21	Infiltratie trigeminala	11	26,62	266,59	293,21	11
	TOTAL	484	-	26.109,63	27.986,63	484

Tariful / serviciu medical (**) cf tabelului din anexa 16 Norme (cap.1,B, nr.2)
IAN-MAR 2010
0,00
46,06
16,63
0,00
86,80
86,80
86,80
86,80
86,80
86,80
86,80
86,80
57,87
57,87
190,95
26,62
26,62

*Numarul de servicii contractate lunare pe tipuri de servicii este orientativ.

DEFALCARE INDICATORI PE TRIMESTRE SI LUNI

TRIM I CONTROL 27.986,63 484

NR	TIP SERVICIU	TRIM I	
		SUMA	NR. SERVICII
1	Anestezie		
2	Anestezie de contact si infiltratie	1.427,86	31
3	Anestezie locala	631,94	38
4	Chir maxilo-faciala	0,00	
5	Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus) cu	347,20	4
6	Regularizarea creasta hemiarcada cu	260,40	3
7	Tratament hiperostoza tuberozitara cu	260,40	3
8	Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare cu	347,20	4
9	Excizia hiperplaziei de mucoasa	260,40	3
10	Extrirea formatiunilor tumorale (osoaice-de parti moi) cu	434,00	5
11	Adancirea santului vestibular sau lingual superior sau inferior cu	260,40	3
12	Alveoloplastie cu	620,80	6
13	Rezectie apicala cu obturatie/fara obturatie cu	260,40	3
14	Amputatie radiculara cu	86,80	1
15	Metoda chirurgicala ortodontica(tunelizare) cu	260,40	3
16	Dinti ectopici cu	405,09	7
17	Dinti din focanul de fractura cu	173,81	3
18	Excizia bridelor cu	116,74	2

19	Operatie cu lambou	763,80	4
20	Corectie frenului cu	186,34	7
21	Infiltratie trigeminala	80,26	3
-	TOTAL	7.083,03	133

Aprilie-Noiembrie

NR	TIP SERVICIU	APRILIE-NOIEMBRIE	SUMA	NR. SERVICII
1	Anestezie			
2	Anestezie de contact si infiltratie	3.270,26		71
3	Anestezie locala	1.413,55		85
4	Chir maxilo-facitala	0,00		
5	Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus) cu		1.128,40	13
6	Regularizarea creasta hemiarcada cu		868,00	10
7	Tratament hiperostoza tuberozitara cu	607,60		7
8	Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare cu		868,00	10
9	Excizia hiperplaziei de mucoasa		694,40	8
10	Extrirea formationilor tumorale (osoase-de parti moi) cu		1.849,20	19
11	Adancirea santului vestibular sau lingual superior sau inferior cu	781,20		9
12	Alveoloplastie cu	781,20		9
13	Rezectie apicala cu obturatie/fara obturatie cu	868,00		10
14	Amputatie radiculara cu	694,40		8
15	Metoda chirurgicala ortodontica(tunelizare) cu	607,60		7
16	Dinti ectopici cu	694,44		12,00
17	Dinti din focarul de fractura cu	347,22		6
18	Excizia bridelor cu	462,96		8
19	Operatie cu lambou	2.864,25		15
20	Corectie frenului cu	239,68		9
21	Infiltratie trigeminala	186,34		7
-	TOTAL	19.026,60		323,00

12

NR	TIP SERVICIU	SUMA	NR. SERVICII
1	Anestezie	0,00	
2	Anestezie de contact si infiltratie	230,30	5
3	Anestezie locala	83,15	5
4	Chir maxilo-facitala	0,00	0
5	Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus) cu	86,80	1
6	Regularizarea creasta hemiarcada cu	86,80	1
7	Tratament hiperostoza tuberozitara cu	86,80	1
8	Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare cu	86,80	1
9	Excizia hiperplaziei de mucoasa	86,80	1
10	Extrirea formationilor tumorale (osoase-de parti moi) cu	86,80	1
11	Adancirea santului vestibular sau lingual superior sau inferior cu	86,80	1
12	Alveoloplastie cu	86,80	1
13	Rezectie apicala cu obturatie/fara obturatie cu	86,80	1
14	Amputatie radiculara cu	86,80	1
15	Metoda chirurgicala ortodontica(tunelizare) cu	86,80	1
16	Dinti ectopici cu	57,47	1
17	Dinti din focarul de fractura cu	57,47	1
18	Excizia unguentului	57,47	1
19	Operatie cu lambou	391,90	2
20	Corectie frenului cu	26,62	1
21	Infiltratie trigeminala	26,62	1
-	TOTAL	1.877,00	28,00

CAS Timis
PRESIDENT-DIRECTOR GENERAL
Calin Cristian Caruba

DIRECTOR ECONOMIC
Ec. Gratiela Los

DIRECTOR RELATIILE CONTRACTUALE
Jr. Constantin Tanase

BIROU JURIDIC-CONTENCIOS
C.j. Viorica Petru

SPITALUL CLINIC NR.1 JUDETEAN
MANAGER
Dr. Gheorghe Noditi

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL
Ec. Maria Saracan

[Handwritten signatures]



CONTRACT
pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programului național cu scop
curativ în anul 2010
nr. VII/PNS/01 /30.04.2010

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate Timis, cu sediul în municipiu Timisoara, str. Corbului. nr. 4, județul Timis, telefon/fax 0256 - 294484, reprezentată prin președinte - director general **Cristian Calin Careba**, și

Unitatea sanitară **Spital Clinic Județean`de Urgenta Timisoara**, cu sediul în Timisoara, str. Iosif Bulbuca nr. 10 telefon 0356 - 433127, fax 0356 - 433114, reprezentată prin Manager **Asist. univ. dr. Gheorghe Noditi**, având actul de înființare/organizare OMS nr. 124/2004, Autorizația sanitară de funcționare nr. 134965/18.03.2011, 134968/18.03.2011, Dovada de evaluare nr. 54/2010, codul fiscal 4663448 și contul nr. RO62TREZ6215041XXX000497, deschis la Trezoreria Timisoara, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata contractului nr. VII/PNS/01/30.04.2010.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ: **Programul național de diabet zaharat; Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever; Subprogramul de tratament al bolilor rare** (Scleroză multiplă, Hemofilia cu intervenție chirurgicală majoră pentru artropatii invalidante, Boli neurologice degenerative / inflamatorii, Boli neurologice degenerative / inflamatorii în puseu acut, Miastenia gravis - crize miastenice) și **Subprogramul de tratament al sepsisului sever** (Bolnavi tratați cu Drotrecoginum alfa și Bolnavi tratați fără Drotrecoginum alfa) ; **Programul național de boli endocrine; Programul național de ortopedie** pentru asigurarea medicamentelor și/sau a materialelor sanitare specifice necesare în terapia în spital și ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 261/2010 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 264/407/2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2010.

III. Durata contractului

ART. 2

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui și până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 3

Durata prezentului contract se poate extinde, cu acordul părților, în situația extinderii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 261/2010

IV. Obligațiile părților

ART. 4

Obligațiile casei de asigurări de sănătate sunt:

1. Casa de asigurări de sănătate asigură fonduri pentru derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate în cadrul bugetului aprobat cu această destinație, decontând lunar, în limita

contractului, contravalorarea facturilor pentru medicamente și/sau materiale sanitare specifice, necesare asigurării în spital și în ambulatoriu, după caz, a tratamentului pentru bolnavii cu afecțiunile cuprinse în programe/subprograme, ținând cont de stocurile cantitativ-valorice.

2. Finanțarea programelor/subprogramelor se face din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în cadrul bugetului aprobat pentru cheltuieli materiale și prestări de servicii cu caracter medical la subcapitolul respectiv.

3. Sumele alocate sunt stabilite în funcție de numărul de bolnavi tratați și de costul mediu pe bolnav.

4. Medicamentele ce se acordă în ambulatoriu în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate se asigură prin farmacia unității sanitare, după caz.

5. Eliberarea medicamentelor menționate la pct. 4 se face pe bază de prescripție medicală sau condică de medicamente, după caz.

6. Casa de asigurări de sănătate analizează indicatorii prezenți în decontul înaintat de unitatea sanitată, precum și gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior.

7. Casa de asigurări de sănătate decontează, în termen de 5 zile, în baza cererilor justificative transmise de unitatea sanitată, în limita sumei prevăzute în contract și ținând cont de stocurile cantitativ-valorice, contravalorarea facturii, prezentată în copie, pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, necesare tratamentului din luna curentă.

ART. 5

Obligațiile unității sanitare sunt:

1. să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram național de sănătate, potrivit destinației acestora;

2. să dispună măsuri pentru gestionarea eficientă a mijloacelor materiale și bănești;

3. să organizeze evidența cheltuielilor pe fiecare program/subprogram și pe subdiviziunile clasificației bugetare atât în prevederi, cât și în execuție;

4. să se asigure că serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract se încadrează din punctul de vedere al calității în normele privind calitatea asistenței medicale, elaborate în condițiile legii;

5. să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele conform reglementărilor în vigoare;

6. să efectueze achiziția medicamentelor și/sau a materialelor sanitare specifice, în condițiile legii, ținând cont de stocurile cantitativ-valorice;

7. să transmită casei de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale (cumulat de la începutul anului) și anuale privind sumele utilizate pe fiecare program, precum și indicatorii realizati, răspunzând atât de exactitatea și realitatea datelor raportate pentru justificarea plății contravalorii facturii pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice procurate în luna precedentă, cât și a indicatorilor raportați;

8. să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale în baza cărora s-au eliberat medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare distințe;

9. să organizeze evidența nominală și în baza codurilor numerice personale pentru bolnavii care beneficiază de medicamente și/sau de materiale sanitare specifice, prescrise și eliberate în cadrul programelor/subprogramelor;

10. să raporteze casei de asigurări de sănătate, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, evidența nominală și în baza codurilor numerice personale pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor.

V. Valoarea contractului

ART. 6

Valoarea contractului este:

1. Programul național de diabet zaharat - 11.112,58 lei

2. Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever:

2.1. Subprogramul de tratament al bolilor rare

2.1.1. Scleroza multipla - 4.750.000 lei

2.1.2. Hemofilia cu interventie chirurgicala majora pentru artropatii invalidante - 392.000 lei

2.1.3. Boli neurologice degenerative / inflamatorii - 341.000 lei

2.1.4. Boli neurologice degenerative / inflamatorii in puseu acut - 512.000 lei

2.1.5. Miastenia gravis - 137.000 lei

2.2. Subprogramul de tratament al sepsisului sever

2.2.1. Bolnavi tratati cu Drotrecoginum alfa - 435.000 lei

2.2.2. Bolnavi tratati fara Drotrecoginum alfa - 254.000 lei

3. Programul național de boli endocrine - 97.000 lei, din care:

Osteoporoza - 96.000 lei

Gusa prin tireomegalie datorata carentei de iod - 1.000 lei

4. Programul național de ortopedie - 1.411.000,00 lei

Defalcarea lunara/trimestriala a sumelor alocate derularii programelor/subprogramelor se regaseste in anexa la prezentul contract.

VI. Finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate

ART. 7

Unitatea sanitară prezintă în primele 10 zile lucrătoare ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi tratați, valoarea medicamentelor și materialelor sanitare consumate pentru tratamentul bolnavilor, costul mediu pe bolnav, sumele achitare conform ordinului de plată (cu ștampila trezoreriei) cu care s-a achitat contravaloarea facturii pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice procurate în luna precedentă, precum și cererea justificativă, însotită de copia facturii emise de furnizor pentru medicamentele și/sau materialele specifice aprovizionate pentru luna în curs.

ART. 8

Casa de asigurări de sănătate analizează indicatorii prezentați prin decont, gradul și modul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior precum și stocurile cantitativ-valorice și decontează, în limita sumei prevăzute în contract, în termen de maximum 5 zile de la primire, contravaloarea facturii prezентate în copie de unitatea sanitară pentru medicamentele și/sau materialele specifice achiziționate pentru luna curentă.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 9

Unitatea sanitară are următoarele responsabilități:

1. prin medicii coordonatori:

a) răspunde de utilizarea fondurilor primite pentru efectuarea cheltuielilor pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice;

b) răspunde de organizarea evidenței electronice a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, prescrise în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP bolnav, diagnostic specific concordant cu subprogramul, medicul curant (cod parafă), medicamentele eliberate, cantitatea și valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocolelor.

c) dispune măsurile necesare aplicării metodologiei de program/subprogram, în vederea asigurării îndeplinirii obiectivelor prevăzute în acesta;

d) răspunde de organizarea, monitorizarea și de buna desfășurare a activităților medicale din cadrul programului/subprogramului;

e) răspunde de raportarea la timp a datelor către casa de asigurări de sănătate, precum și de realitatea și exactitatea acestora;

2. prin contabilul-șef al unității sanitare răspunde de modul de organizare a evidențelor tehnico-operative, de utilizarea sumelor alocate potrivit destinațiilor aprobate, cu respectarea normelor legale în vigoare, de exactitatea și realitatea datelor raportate lunar.

ART. 10

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

ART. 11

Controlul casei de asigurări de sănătate va urmări, în principal, următoarele:

a) dacă activitățile se desfășoară conform reglementărilor legale în vigoare;

b) dacă se constată obstacole sau disfuncționalități în derularea programului/subprogramului;

c) dacă se încadrează în sumele contractate pe programe/subprograme, dacă fondurile alocate au fost utilizate potrivit destinațiilor stabilite și dacă au servit la realizarea obiectivelor programului/subprogramului respectiv;

d) dacă persoanele implicate respectă responsabilitățile legate de program/subprogram;

e) realitatea și exactitatea datelor;

f) stocurile de medicamente și/sau materiale sanitare specifice comparativ cu consumul mediu lunar.

ART. 12

Neprezentarea de către unitatea sanitară a documentelor prevăzute la pct. 7 al art. 5 atrage nedecontarea până la următoarea perioadă de raportare, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

ART. 13

Contractul se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării neîndeplinirii obligațiilor prevăzute la art. 5 pct. 1, 5 și 8.

VIII. Soluționarea litigiilor

ART. 14

Litigiile apărute pe perioada derulării contractului se soluționează de părți pe cale amiabilă. În situația în care părțile nu ajung la o înțelegere, acestea se vor adresa Comisiei de arbitraj sau instanțelor judecătoarești competente, după caz.

IX. Clauze speciale

ART. 15

Sumele înscrise în actele adiționale încheiate în anul 2010 la contractele pentru anul 2009 vor fi consemnate distinct ca sume incluse în valoarea totală a contractului pe anul 2010.

ART. 16

Se pot încheia acte adiționale la prezentul contract în situația în care, prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se aproba modificări în volumul și în structura programului/subprogramului, pe parcursul derulării acestuia.

ART. 17

Dacă o cluză a acestui contract ar fi declarată nulă, celealte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice cluză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă cluză care să corespundă cât mai bine cu putința spiritului contractului, în conformitate cu

prevederile legale. Dacă pe durata derulării prezentului contract expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare pentru toată durata de valabilitate a contractului.

X. Forță majoră

ART. 18

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

ART. 19

Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

ART. 20

Dacă nu se procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea la termen.

ART. 21

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțunea contractului.

XI. Dispoziții finale

ART. 22

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

ART. 23

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.

Prezentul contract s-a încheiat astăzi, 30.04.2010, în două exemplare, câte un exemplar pentru fiecare parte, și se completează conform normelor legale în vigoare.

Casa de Asigurări de Sanatate
Președinte - director general
Cristian Calin Careba

Director executiv al Direcției
management și economie
Ec. Gratiela Valerica Los

Director executiv al Direcției
relații cu furnizorii
Jr. Constantin Tanasie

Medic șef - director executiv adjunct
Dr. Sanda Iancu

Juridic, Contencios și Aplicare acorduri internaționale
Cons.Jur. Mariana Radulescu

Furnizor de servicii medicali
Manager
As.univ.dr. Gheorghe Mihai

Director finanță-contabil
Ec. Mariana Sturza

Director medical
Conf.dr. Radu Prejdeanu



DEFALCARE BUGET PNS PE TRIMESTRE SI LUNI 2010

SEMESTRUL I 2010

Nr	PROGRAM / SUBPROGRAM	TOTAL 2010	Ian	Feb	Mar	TRIM I	Apr	Mai	Iun	TRIM II
1	BOLI ENDOCRINE	97.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	36.000,00	12.000,00	2.000,00	2.000,00	16.000,00
	OSTEOPOROZA	96.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	36.000,00	12.000,00	2.000,00	2.000,00	16.000,00
	GUSA PRIN TIROMEGALE DATORATA CARENTEI DE ICO	1.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	SCLEROZA MULTIPLA	4.750.000,00	405.583,00	405.833,00	405.584,00	1.217.000,00	406.000,00	300.000,00	300.000,00	1.006.000,00
3	Boli neurologice degenerative / inflamatorii	341.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40.000,00	40.000,00
4	Boli neurologice degenerative / inflamatorii in pusau acut	512.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10.000,00	10.000,00
5	Miastenia gravis	137.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40.000,00	40.000,00
6	Bolnavi tratati cu Drotrecoginum alfa	435.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15.000,00	15.000,00
	Bolnavi tratati fara Drotrecoginum alfa	254.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	349.000,00
7	ORTOPEDIE	1.411.000,00	354.000,00	708.000,00	0,00	1.062.000,00	349.000,00	0,00	0,00	349.000,00
	ENDOPROTEZARE	1.411.000,00	354.000,00	708.000,00	0,00	1.062.000,00	349.000,00	0,00	0,00	0,00
8	DIABET	11.112,58	1.704,00	1.704,00	1.704,58	5.112,58	0,00	0,00	0,00	0,00
9	HEMOFILE CARE NECESA INTERV CHIRURG MAJORE	392.000,00	15.417,00	15.417,00	15.416,00	46.250,00	15.000,00	40.000,00	40.000,00	95.000,00

8340112,58

SEMESTRUL II 2010

Nr	PROGRAM / SUBPROGRAM	Iul	Aug	Sept	TRIM III	Oct	Nov	Dec	TRIM IV
1	BOLI ENDOCRINE	2.000,00	2.000,00	12.000,00	16.000,00	11.000,00	10.000,00	8.000,00	29.000,00
	OSTEOPOROZA	2.000,00	2.000,00	12.000,00	16.000,00	10.000,00	10.000,00	8.000,00	28.000,00
	GUSA PRIN TIROMEGALE DATORATA CARENTEI DE ICO	0,00	0,00	0,00	0,00	1.000,00	0,00	0,00	1.000,00
2	SCLEROZA MULTIPLA	300.000,00	300.000,00	500.000,00	1.100.000,00	500.000,00	500.000,00	427.000,00	1.427.000,00
3	Boli neurologice degenerative / inflamatorii	30.000,00	30.000,00	70.000,00	130.000,00	70.000,00	70.000,00	51.000,00	191.000,00
4	Boli neurologice degenerative / inflamatorii in pusau acut	40.000,00	40.000,00	100.000,00	180.000,00	100.000,00	100.000,00	92.000,00	292.000,00
5	Miastenia gravis	15.000,00	15.000,00	30.000,00	60.000,00	30.000,00	20.000,00	17.000,00	67.000,00
6	Bolnavi tratati cu Drotrecoginum alfa	60.000,00	60.000,00	100.000,00	220.000,00	85.000,00	50.000,00	40.000,00	175.000,00
	Bolnavi tratati fara Drotrecoginum alfa	20.000,00	20.000,00	60.000,00	100.000,00	60.000,00	50.000,00	29.000,00	139.000,00
7	ORTOPEDIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	ENDOPROTEZARE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.000,00
8	DIABET	0,00	0,00	3.000,00	4.000,00	2.000,00	0,00	0,00	0,00
9	HEMOFILE CARE NECESA INTERV CHIRURG MAJORE	10.000,00	10.000,00	45.000,00	125.000,00	45.000,00	40.750,00	40.000,00	125.750,00

CAS Timis

PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
CRISTIAN CALIN CAREBADIRECTOR EXEC. DIR. ECONOM.
EC. GRATIELA VALERICA LOSDIRECTOR EXEC DIR PLANIF DEZV REL FURNIZORII
JR. CONSTANTIN TANASIEMEDIC SEF
DR. SANDA IANCUSEF SERVICIU JURIDIC SI CONTENCIOS – RELATII INTERNATIONALE
C.J. MARIANA RADULESCU

SPITAL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA TIMISOARA

MANAGER
ASIST. UNIV. DR. GHEORGHE NOVITADIRECTOR ECONOMIC
EC. MARIANA STURZA

2447750

ACT ADITIONAL nr. VII/PNS/01/7/21.12.2010
la contractul pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programului
nățional cu scop curativ în anul 2010
nr. VII/PNS/01 /30.04.2010

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate Timis, cu sediul în municipiul Timisoara, str. Corbului, nr. 4, județul Timis, telefon/fax 0256 - 294484, reprezentată prin președinte - director general **Cristian Calin Careba**,
și

Unitatea sanitată **Spital Clinic Județean de Urgență Timisoara**, cu sediul în Timisoara, str. Iosif Bulbuța nr. 10 telefon 0356 - 433127, fax 0356 - 433114, reprezentată prin Manager **Asist. univ. dr. Gheorghe Noditi**, având actul de înființare/organizare OMS nr. 124/2004, Autorizația sanitată de funcționare nr. 134965/18.03.2011, 134968/18.03.2011, Dovada de evaluare nr. 54/2010, codul fiscal 4663448 și contul nr. RO62TREZ6215041XXX000497, deschis la Trezoreria Timisoara, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata contractului nr. VII/PNS/01/30.04.2010.

II. Obiectul actului aditional

ART. 1

Obiectul prezentului act aditional constă în suplimentarea bugetului alocat derularii **Programului național de ortopedie - Endoprotezare** conform adresei CNAS nr. NLD 9461/2010.

III. Modificarea contractului

ART. 2

Partile contractante, de comun acord, modifica contractul după cum urmează:
Cap. V - Valoarea contractului, art. 6 se modifica punctul 4 astfel:

4. Programul național de ortopedie - 2.812.500,00 lei

Endoprotezare - 2.812.500,00 lei

Implant segmentar de coloana - 0,00 lei

Defalcarea lunara/trimestrială a sumelor alocate derularii programelor/subprogramelor se regăsește în anexa la prezentul contract.

Art. 3

Restul articolelor contractului pentru finantarea programelor/subprogramelor raman nemodificate.

Prezentul contract s-a incheiat astazi, 21.12.2010, in doua exemplare, cate un exemplar pentru fiecare parte.

Casa de Asigurari de Sanatate

Președinte - Director general
Cristian Calin Careba
DIRECTOR GENERAL
Director economic
Ec. Gratiela Valerica Los

Director relatii contractuale

Medic şef
Dr. Sanda Iancu

Compartiment Juridic si Contencios
Cons.Jur. Darius Bogdan

Furnizor de servicii medicale

Manager
As.univ.dr. Gheorghe Noditi

Director financiar-contabil
Ec. Maria Saracan

Director medical
Conf. dr. Radu Prejbeanu

DEFALCARE BUGET PNS PE TRIMESTRE SI LUNI 2010

SEMESTRUL I 2010

Nr	PROGRAM / SUBPROGRAM	TOTAL 2010	Ian	Feb	Mar	TRIM I	Apr	Mai	Iun	TRIM II
1	BOLI ENDOCRINE	58.500,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	36.000,00	12.000,00	2.000,00	2.000,00	16.000,00
	OSTEOPOROZA	58.500,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	36.000,00	12.000,00	2.000,00	2.000,00	16.000,00
	GUSA PRIN TIROGEMALIE DATORATA CARENTEI DE IOD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	SCLEROZA MULTIPLA	4.949.800,00	405.583,00	405.833,00	405.584,00	1.217.000,00	406.000,00	300.000,00	300.000,00	1.006.000,00
3	Boli neurologice degenerative / inflamatorii	341.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.000,00	20.000,00
4	Boli neurologice degenerative / inflamatorii in pusul acut	512.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40.000,00	40.000,00
5	Miastenia gravis	137.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10.000,00	10.000,00
6	Bolnavi trătiți cu Drotrecoginum alfa MEDICAMENTE	435.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40.000,00	40.000,00
	Bolnavi trătiți fără Drotrecoginum alfa MATERIALE SANITARE	254.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15.000,00	15.000,00
7	ORTOPEDIE	2.812.500,00	354.000,00	708.000,00	0,00	1.062.000,00	349.000,00	0,00	0,00	349.000,00
	ENDOPROTEZARE	2.812.500,00	354.000,00	708.000,00	0,00	1.062.000,00	349.000,00	0,00	0,00	349.000,00
	IMPLANT SEGMENTAR COLOANA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8	DIABET	5.256,49	1.704,00	1.704,00	1.704,58	5.112,58	0,00	0,00	0,00	0,00
9	HEMOFILE CARE NECESSITA INTERV CHIRURG MAJORE	392.000,00	15.417,00	15.417,00	15.416,00	46.250,00	15.000,00	40.000,00	40.000,00	95.000,00

SEMESTRUL II 2010

Nr	PROGRAM / SUBPROGRAM	Iul	Aug	Sept	TRIM III	Oct	Nov	Dec	TRIM IV
1	BOLI ENDOCRINE	2.000,00	2.000,00	2.500,00	6.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	OSTEOPOROZA	2.000,00	2.000,00	2.500,00	6.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	GUSA PRIN TIROGEMALIE DATORATA CARENTEI DE IOD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	SCLEROZA MULTIPLA	300.000,00	300.000,00	800.000,00	1.400.000,00	500.000,00	521.000,00	305.800,00	1.326.800,00
3	Boli neurologice degenerative / inflamatorii	30.000,00	30.000,00	70.000,00	130.000,00	70.000,00	70.000,00	51.000,00	191.000,00
4	Boli neurologice degenerative / inflamatorii in pusul acut	40.000,00	40.000,00	100.000,00	180.000,00	100.000,00	100.000,00	92.000,00	292.000,00
5	Miastenia gravis	15.000,00	15.000,00	30.000,00	60.000,00	30.000,00	20.000,00	17.000,00	67.000,00
6	Bolnavi trătiți cu Drotrecoginum alfa MEDICAMENTE	60.000,00	60.000,00	100.000,00	220.000,00	85.000,00	50.000,00	40.000,00	175.000,00
	Bolnavi trătiți fără Drotrecoginum alfa MATERIALE SANITARE	20.000,00	20.000,00	60.000,00	100.000,00	60.000,00	50.000,00	29.000,00	139.000,00
7	ORTOPEDIE	0,00	0,00	182.000,00	182.000,00	790.000,00	91.000,00	338.500,00	1.219.500,00
	ENDOPROTEZARE	0,00	0,00	182.000,00	182.000,00	790.000,00	91.000,00	338.500,00	1.219.500,00
	IMPLANT SEGMENTAR COLOANA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8	DIABET	0,00	143,91	0,00	143,91	0,00	0,00	0,00	0,00
9	HEMOFILE CARE NECESSITA INTERV CHIRURG MAJORE	40.000,00	40.000,00	45.000,00	125.000,00	45.000,00	40.750,00	40.000,00	125.750,00

CASINSONS

PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL

CRISTIAN CALIN CAREPA

DIRECTOR ECONOMIC

EC. GRATIELA VALERICA LOS

DIRECTOR RELATII CONTRACTUALE

MEDIC SEF
DR. SANDA IANCU

SPITAL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA TIMISOARA

MANAGER
ASIST. UNIV. DR. GHEORGHE NODITIDIRECTOR FINANCIAR CONTABIL
EC. MARIA SARACAN

CONTRACT nr. VII/DIALIZA/01/30.04.2010
pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu între **Casa de Asigurări de Sănătate Timis și Spitalul Clinic Județean de Urgenta Timisoara**

Părțile contractante:

Casa de Asigurări de Sănătate Timis, cu sediul în municipiul Timisoara, str. Corbului nr. 4, cont nr. RO10TREZ62127660520XXXXX, deschis la Trezoreria Timisoara, cod fiscal nr. 2483580, reprezentată legal prin Președinte Director general CRISTIAN CALIN CAREBA și

Spitalul Clinic Județean de Urgenta Timisoara (Furnizorul), cu sediul în Timisoara, cont nr. RO62TREZ6215041XXX000497, deschis la Trezoreria Timisoara, cod fiscal 4663448, reprezentată legal prin Manager Asist. univ. Dr. GHEORGHE NODITI

Având în vedere:

- art. 246 alin. (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 261/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2010;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 264/407/2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2010;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 438/2008 privind aprobarea condițiilor și documentelor necesare furnizorilor de servicii medicale de dializă în vederea intrării în relații contractuale pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 967/2009 pentru aprobarea Normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu furnizorii din sectorul privat, câștigători ai licitației naționale pentru centrele-pilot, și alți furnizori privați 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, CNAS 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 2 - Prevederi operaționale;
- anexe:
- anexa A - Condiții suspensive;

Fiecare parte și anexă la prezentul contract fac parte integrantă din prezentul contract.

■ PARTEA 1: Volumul estimat de servicii

■ I. Bolnavi beneficiari ai "Programului național de supleere 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 - lei -
Nr. bolnavi pentru hemodializă convențională	3	
Nr. ședințe de hemodializă convențională	312	147.264,00
Nr. bolnavi pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line	0	
Nr. ședințe de hemodiafiltrare intermitentă on-line	0	
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală continuă	0	
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală automată	0	

Valoarea totală a contractului pentru perioada 01.05.2010 - 31.12.2010 este de 147.264,00 lei, calculată la tarifele prevăzute la clauzele 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 și 6.1.4, respectiv 472 lei/ședință de hemodializă convențională. Defalcarea lunara/trimestrială a sumei se regăseste în anexa B la prezentul contract.

■ II. Modificări ale volumului estimat

A) Furnizorul trebuie să aibă o capacitate suficientă pentru furnizarea volumului estimat de servicii pentru pacienții 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 pacienții asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate, sub condiția plafonului de plăti, conform clauzei 6.4.

1. 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), Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre această situație în primele 10 zile de la întreruperea tratamentului.

2. În cazul în care pe durata executării contractului Furnizorul primește noi adeziuni de la bolnavii incluși în Programul național de supleere 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 vacант prin ieșirea din Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică (transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire din program), îl va raporta ca bolnav nou-tratat în centru, cu încadrarea în numărul total de bolnavi aprobat pentru anul 2010 prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, și va informa casa de asigurări de sănătate dacă poate sau nu să

onoreze această cerere.

3. În situații justificate, părțile pot conveni să majoreze serviciile furnizate în baza acestui contract prin încheierea unui act adițional, cu încadrarea în limita numărului de pacienți cuprinși în Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și a fondurilor aprobate cu această destinație prin buget, în anul în curs. Furnizorul este obligat să notifice casa de asigurari de sanatate despre aceste situații justificate. Actul adițional pentru aceste situații se încheie în urma analizei de la nivelul casa de asigurari de sanatate privind încadrarea în limita numărului de pacienți cuprinși în Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și a fondurilor aprobate cu această destinație.

4. Până la întocmirea actului adițional prevăzut la pct. 3, Furnizorul nu va raporta bolnavii nou-incluși, iar casa de asigurari de sanatate nu va deconta serviciile prestate de Furnizor pentru pacienții existenți în Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică de la care a primit noi adeziuni.

C) Furnizorul acceptă riscul ca cererea de servicii să fie mai mică decât volumul estimat, situație în care casa de asigurari de sanatate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat. Casa de asigurari de sanatate 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 2: Prevederi operaționale

■ 1. Definiții

■ 1.1. În scopul interpretării prezentului contract:

Caz de forță majoră înseamnă orice eveniment independent de voința părților, excepțional și imprevizibil și în afara puterii de control al părții care îl invocă, al cărui efect nu a putut fi evitat și care afectează substanțial executarea obligațiilor părții conform prezentului contract. Cazurile de forță majoră includ, fără a se limita la, următoarele: a) cutremure; b) explozii, incendii sau inundații (cu excepția celor cauzate de Furnizor); c) contaminare nucleară, chimică sau biologică (cu excepția celor cauzate de Furnizor); d) bombe neexplodate sau alte muniții ori descoperirea unor vestigii arheologice sau antice; e) război sau război civil (fie declarat sau nedeclarat) ori conflicte armate, invazi, blocade și embargouri; f) revoltă civilă sau tulburare ori rebeliune; g) orice act terorist sau amenințare credibilă privind un act terorist asupra Furnizorului ori a unităților sale; sau h) greve ori alte acțiuni industriale la nivel național.

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

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.

Legile includ toate actele normative ale Parlamentului României, acte ale Guvernului României, precum și toate reglementările și hotărârile de Guvern mai jos amintite 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 pacienții asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, inclusiv 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. 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 bolnavilor la unitatea sanitată și retur, excepție făcând copiii cu vârstă cuprinsă între 0 și 18 ani și persoanele cu vârstă 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 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010;

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 pacienților.

Tariful contractual înseamnă tariful plăabil de către casa de asigurari de sanatate Furnizorului pentru serviciile furnizate, conform clauzei 6 - partea a 2-a.

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

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

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

- a)prezentele clauze, incluse în această parte a 2-a;
- b)toate celealte 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.

2.2.Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare și până la 31 decembrie 2010 și poate fi prelungită prin acte adiționale, în limita creditelor aprobate prin buget pentru anul respectiv, în condițiile respectării dispozițiilor legale în vigoare.

■3.Condiții suspensive

3.1.Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurari de sanatate 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 A. 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 anexa A, 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 cu sediul în Timisoara, bd. I. Bulbuca, 156.

■5.Obligațiile părților

■5.1.Furnizorul:

- a)va depune toată diligentele și va acționa pe toată durata prezentului contract în conformitate cu cele mai înalte principii și standarde profesionale;
- b)va respecta și se va conforma tuturor legilor aplicabile;
- c)va furniza serviciile în conformitate cu toate normele, incluzând, fără a se limita la normele de dializă, standardele, legile și reglementările privind evaluarea, certificarea sau licențierea medicală a furnizorilor de servicii medicale privind operarea centrelor de dializă ori furnizarea serviciilor și va utiliza numai medicamente și materiale sanitare, aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România; pentru a evita orice îndoială, orice norme de evaluare, certificare sau licențiere medicală ulterioare datei prezentului contract vor fi aplicabile Furnizorului;
- d)va furniza serviciile pacienților asigurați cuprinși în Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, care optează pentru efectuarea tratamentului în prezentul centru, fără niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament, în limita valorii de contract;
- e)va furniza serviciile pacienților titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, ai certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia, emise în aplicarea regulamentelor (CEE) nr. 1.408/71/CEE al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității și nr. 574/72/CEE al Consiliului din 21 martie 1972 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu salariații și cu membrii familiilor acestora care se deplasează în interiorul Comunității de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene sau ale Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cârdului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, urmând a evidenția și raporta distinct caselor de asigurări sociale de sănătate serviciile medicale acordate acestei categorii de persoane;
- f)va solicita documente care să ateste că pacienții sunt asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- g)va pregăti și va depune la autoritățile relevante rapoartele cerute de normele de dializă și de alte legi aplicabile;
- h)va angaja personalul de specialitate în proporție cu cerințele minimale de personal prevăzute în normele de dializă și va asigura instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;
- i)va respecta atât criteriile medicale de calitate prevăzute în normele de dializă, cât și criteriile de calitate a serviciilor de dializă, în conformitate cu art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- j)va crea, va implementa, va documenta și va menține un sistem de control intern al calității;
- k)va oferi relații asiguraților despre serviciile acordate, precum și despre modul în care vor fi furnizate acestea și va acorda consilierea în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;
- l)va respecta confidențialitatea prestației medicale;
- m)va respecta normele de raportare a bolilor, conform prevederilor legale în vigoare;

- n)va stabili programul de activitate și îl va afișa la loc vizibil și va stabili programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;
- o)va anunța casa de asigurari de sanatate despre orice modificare a datelor privind Furnizorul așa cum au fost trimise către casa de asigurari de sanatate;
- p)va informa pacienții cu privire la pachetul de servicii de bază și la obligațiile sale în relație contractuală cu casa de asigurari de sanatate, precum și la obligațiile pacienților referitoare la actul medical;
- q)va permite personalului CNAS și caselor de asigurări de sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza prezentului contract;
- r)va răspunde de efectuarea și de calitatea transportului nemedical al pacienților pentru hemodializă (hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line), cuprinși în prezentul contract, precum și de transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare pentru pacienții cu dializă peritoneală (continuă sau automată), cuprinși în prezentul contract;
- s)va organiza evidența indicatorilor de performanță ai tratamentului elaborați de comisia de specialitate a Ministerului Sănătății și va raporta datele on-line la Registrul renal român în formatul cerut de acesta;
- t)va transmite casei de asigurari de sanatate raportări lunare, trimestriale (cumulat de la începutul anului) și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea;
- u)va respecta 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;
- v)va anunța 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 va fi realizată conform 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, cu avizul medicului coordonator al județului Timis și cu aprobarea casei de asigurari de sanatate.

■ 5.2.casa de asigurari de sanatate:

- a)va monitoriza activitatea și calitatea serviciilor efectuate de Furnizor, incluzând, dar fără a se limita la monitorizarea sistemului de control intern al calității și evidențele Furnizorului;
- b)va urmări derularea prezentului contract și modul de îndeplinire a obligațiilor asumate de Furnizor;
- c)va deconta Furnizorului serviciile contractate și prestate, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind activitatea realizată, în urma verificării și validării acestora de către casa de asigurări de sănătate;
- d)va monitoriza numărul serviciilor medicale furnizate de Furnizor; trimestrial se reevaluează volumul serviciilor, ținându-se cont de serviciile furnizate în trimestrul respectiv, proporțional cu perioada de contract rămasă de executat;
- e)va verifica scriptic și faptic modul de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de Furnizor în baza prezentului contract.

■ 6.Plata

6.1.Plata serviciilor

6.1.1.Pentru bolnavii care sunt supuși tratamentului de hemodializă convențională, casa de asigurari de sanatate decontează serviciile medicale prin tarif/ședință de hemodializă convențională de 472 lei, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful hemodializei convenționale) și în limita maximului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui CNAS.

6.1.2.Pentru bolnavii care sunt supuși tratamentului de hemodiafiltrare intermitentă on-line, casa de asigurari de sanatate decontează serviciile medicale prin tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line de 536 lei, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful

hemodiafiltrării intermitente on-line) și în limita maximului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui CNAS. Hemodiafiltrarea intermitentă on-line este indicată următoarelor categorii de bolnavi (maximum 7% din totalul bolnavilor hemodializați):

- 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 ciuda tratamentului eficient prin hemodializă convențională;
- d)bolnavi cu comorbidități cardiovasculare sau cu diabet zaharat.

6.1.3.Pentru bolnavii care sunt supuși tratamentului de dializă peritoneală continuă, casa de asigurari de sanatate va deconta o sumă în funcție de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală și tariful/bolnav cu dializă peritoneală continuă de 50.800 lei (tariful dializei peritoneale continue), în limita valorii de contract.

6.1.4.Pentru bolnavii care sunt supuși tratamentului de dializă peritoneală automată, casa de asigurari de sanatate va deconta o sumă în funcție de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală și tariful/bolnav cu dializă peritoneală automată de 63.500 lei (tariful dializei peritoneale automate), în limita valorii de contract. Dializa peritoneală automată este indicată următoarelor categorii de bolnavi dializați peritoneal (maximum 7% din totalul bolnavilor 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 hemodializă 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 la cunoștință și consumte 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 pacienților dializați peritoneal (continuu sau automat), respectiv transportul nemedicalizat al pacienților 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 asigurari de sanatate.

6.1.6.casa de asigurari de sanatate va plăti tariful contractual pentru serviciile furnizate bolnavilor asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate și cuprinși în Programul național de supleere 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 eritropoiezii (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 vârstă cuprinsă între 0-18 ani și al persoanelor cu vârstă 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 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010. Tariful pentru dializa peritoneală include cheltuielile aferente medicamentelor specifice [agenți stimulatori ai eritropoiezii (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 pacienților.

6.1.7. Fondurile contractate pe tip de servicii de dializă (hemodializă convențională și dializă peritoneală continuă) nu se pot utiliza pentru alt tip de servicii de dializă.

6.1.8. Serviciile de dializă se decontează numai în limita fondurilor contractate pe fiecare tip de terapie.

■ 6.1.9.1. La regularizarea trimestrială, tariful pentru bolnavul cu dializă peritoneală continuă se poate modifica, în funcție de ponderea relativă a acestei metode de tratament, în limita bugetului aprobat, după cum urmează:

a) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este < 20%, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este de 50.800 lei;

b) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este 20% - 24,9%, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este de 54.000 lei;

c) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este ≥ 25%, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este de 56.400 lei.

6.1.9.2. Dacă pe durata derulării prezentului contract ponderea numărului de bolnavi cu dializă peritoneală scade sub 20%, respectiv 25%, tariful pentru bolnavii cu dializă peritoneală continuă se va ajusta lunar corespunzător serviciilor realizate.

6.1.9.3. Includerea bolnavilor noi în program se realizează numai cu respectarea unui procent minim de dializă peritoneală convențională de 20% din numărul bolnavilor nou-incluși în program, cu încadrarea în numărul de bolnavi prevăzut și în bugetul aprobat pentru Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

6.2. Modalitățile de plată

6.2.1. Furnizorul va depune la casele de asigurări de sănătate declarații de servicii lunare, în formatul prevăzut prin ordin al președintelui CNAS, care vor include tipul și volumul serviciilor furnizate bolnavilor asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară, incluzând numărul bolnavilor dializați pe tipuri de dializă și prevăzând suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurari de sanatate. 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 scad din numărul de zile din lună cu dializă peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an/365 x nr. 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 nr. 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.

6.2.2.Furnizorul are obligația ca în termen de 3 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună declarația de servicii privind serviciile furnizate în timpul lunii anterioare la casele de asigurări de sănătate. Casa de asigurari de sanatate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului, potrivit indicațiilor de pe factura emisă de acesta.

6.2.3.În condițiile în care Furnizorul nu îndeplinește obligațiile prevăzute la clauza 5.1 lit. i), valoarea de contract se diminuează corespunzător în funcție de numărul de servicii care nu au respectat aceste criterii.

6.3.Finanțare

6.3.1.Plățile de la casa de asigurari de sanatate pentru serviciile furnizate conform prezentului contract sunt sub condiția aprobării bugetului anual al CNAS.

6.3.2.În cazul în care: a) bugetul anual al CNAS nu este aprobat în termen de 90 de zile lucrătoare de la începutul anului calendaristic; sau b) CNAS 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 10 sau părțile pot conveni un volum mai mic de servicii.

6.4.Plafonul aplicabil plășilor făcute de către CNAS

6.4.1.Plata totală ce poate fi făcută de către casa de asigurari de sanatate este de 147.264,00lei, calculată ca suma dintre volumul estimat total al ședințelor de hemodializă convențională înmulțit cu tariful hemodializei convenționale, respectiv 147.264,00 lei, volumul estimat total al ședințelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulțit cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line, respectiv 0,00 lei, volumul estimat total al pacienților dializați peritoneal continuu înmulțit cu tariful dializei peritoneale continue, respectiv 0,00 lei, și volumul estimat total al pacienților dializați peritoneal automat înmulțit cu tariful dializei peritoneale automate, respectiv 0,00 lei.

6.4.2.Plata totală maximă efectuată de către casa de asigurari de sanatate 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 asigurari de sanatate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat.

6.5.Interzicerea plășilor neoficiale

Furnizorului nu îi este permis să solicite sau să accepte orice plăști neoficiale de la pacienții asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

7.Asigurare

7.1.De la data intrării în vigoare, Furnizorul va încheia o poliță de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puțin 500.000 euro pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al președintelui CNAS pentru furnizorii de servicii către CNAS), pentru astfel de riscuri și în astfel de termeni și condiții, cu un asigurător autorizat de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor. Polița de asigurare va fi în vigoare pentru o perioadă de 6 luni după data închetării.

7.2.Furnizorul va plăti primele de asigurare, în mod prompt, și va îndeplini toate cerințele necesare pentru a menține în vigoare toate asigurările prevăzute în clauza 9.1.

7.3.Furnizorul se va asigura că toți membrii personalului său medical și farmaceutic îndeplinesc cerințele de asigurare de răspundere civilă aplicabile lor.

7.4.Furnizorul nu va acționa și nu va omite să acționeze în niciun fel care ar putea determina anularea, anulabilitatea sau imposibilitatea de executare a oricărei asigurări solicitate conform prezentei clauze 9.

■ 8. Încetarea și forța majoră

■ (1) Încetarea de către casa de asigurari de sanatate

8.1. casa de asigurari de sanatate poate înceta imediat, prin notificare către Furnizor, prezentul contract, dacă Furnizorul încalcă una dintre obligațiile sale conform prezentului contract, iar o astfel de încălcare nu este remediată în termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii unei notificări de la casa de asigurari de sanatate arătând obligația încălcată, contractul fiind desființat de drept fără a mai fi necesară punerea în întârziere și fără îndeplinirea vreunei alte formalități prealabile. Pe perioada de la încălcarea oricărei obligații până la remediere sau încetare, casa de asigurari de sanatate are dreptul să deducă din sumele datorate Furnizorului pentru servicii penalități pe zi egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plășii impozitelor către stat.

■ 8.2. Casa de asigurari de sanatate poate înceta prezentul contract, în orice moment, prin notificare către Furnizor, fără a afecta orice alte drepturi, în cazul în care: (i) Furnizorul este în stare de insolvență și/sau în orice formă de faliment, lichidare fără faliment, insolvabilitate sau procedura dizolvării este inițiată în legătură cu Furnizorul ori de către Furnizorul însuși; sau (ii) organele în drept ridică autorizația sanitată de funcționare, valabilitatea acesteia expiră sau evaluarea Furnizorului încetează, prezentul contract fiind desființat de drept fără a mai fi necesară punerea în întârziere și fără îndeplinirea vreunei alte formalități prealabile.

Drepturile prevăzute în prezenta clauză 8.2 sunt suplimentare față de orice alte drepturi și pot fi exercitate chiar dacă nu a avut loc nicio încălcare a prezentului contract.

■ (2) Obligațiile Furnizorului la încetarea contractului

■ 8.3. Imediat, odată cu încetarea prezentului contract, Furnizorul:

- va lua toate măsurile pentru a diminua orice pierdere rezultată din încetare; și
- va livra către casa de asigurari de sanatate orice documentație pusă la dispoziția Furnizorului de către casa de asigurari de sanatate sau întocmită de către Furnizor în baza prezentului contract, fie că această documentație este în curs de a fi întocmită în baza prezentului contract, fie că este finalizată de către Furnizor la data încetării și nu a fost pusă la dispoziția casa de asigurari de sanatate, și va asigura că este în măsură să acționeze, în același mod, în privința oricărei astfel de documentații pregătite de orice furnizor subcontractat de către Furnizor. O astfel de documentație poate include documente medicale, administrative și orice alte documente prevăzute și permise de către lege.

■ (3) Plata la încetarea contractului

8.4. Dacă casa de asigurari de sanatate încetează prezentul contract conform clauzei 10.2 sau clauzei 10.3, casa de asigurari de sanatate va fi răspunzătoare doar pentru plata serviciilor prestate până la data încetării.

■ (4) Condiții suspensive aplicabile plășii la încetarea contractului

8.5. Este o condiție suspensivă la orice plată către Furnizor a oricărei sume datorate la data încetării ca Furnizorul să îndeplinească obligațiile sale conform clauzei 10.5.

8.6. Încetarea prezentului contract nu va prejudicia sau afecta drepturile dobândite, pretențiile cu privire la răspunderea oricărei părți potrivit prezentului contract.

■ (5) Forța majoră

8.7. Un caz de forță majoră exonerează de răspundere partea care îl invocă, cu condiția ca celalăț parte să fie informată în termen de 5 zile lucrătoare de la data la care un astfel de eveniment a

apărut. În cazul în care Furnizorul sesizează existența sau posibilitatea existenței unei cauze de natură să conducă la imposibilitatea serviciilor, va notifica de îndată acest fapt casa de asigurari de sanatate în vederea luării măsurilor ce se impun pentru continuitatea serviciilor.

8.8.În cazul apariției unui caz de forță majoră, obligațiile părții care îl invocă se suspendă pe o perioadă de până la 90 de zile calendaristice. Dacă evenimentul de forță majoră subzistă pe o perioadă mai mare de 90 de zile calendaristice, fiecare dintre părți poate înceta prezentul contract prin notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice înainte de data încetării prezentului contract, către celalătă parte.

■(6)Continuitatea serviciilor

8.9.La încetarea prezentului contract din alte cauze decât prin ajungere la termen, excluzând forță 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.

■9.Confidențialitate

■9.1.Părțile convin să mențină confidențiale tot timpul după data încheierii prezentului contract și pe o perioadă de 2 ani după încetarea acestuia, indiferent de cauză, și să nu dezvăluie, să nu raporteze, să nu facă publice, direct sau indirect, să nu transfere, să nu folosească în scopuri personale ori ale terților informațiile confidențiale în condițiile legii, primite sau obținute ca rezultat al încheierii sau executării prezentului contract ori furnizate de către sau în numele unei părți în negocierile care au dus la încheierea prezentului contract și care se referă la:

- (i)obiectul și/sau prevederile prezentului contract;
- (ii)părți și/sau activitățile comerciale ale acestora.

9.2.Fiecare parte este răspunzătoare de respectarea prevederilor clauzei 11.1 de către oricare dintre reprezentanții săi sau dintre terțele persoane cărora le-au fost dezvăluite informații confidențiale în scopul prezentului contract.

■9.3.Obligațiile stipulate în clauzele 11.1 și 11.2 nu se aplică în cazul unei informații care:

- (i)face parte din informațiile publice la data încheierii prezentului contract;
- (ii)devine informație publică ulterior, astfel decât ca rezultat al încălcării prezentului contract;
- (iii)este cerută a fi dezvăluită de către o autoritate publică competentă.

■10.Notificări

■10.1.Orice notificare către o parte la prezentul contract va fi transmisă după cum urmează:

a)va fi înmânată persoanelor de contact, prevăzute pe pagina de semnături, ale părții căreia îi este adresată comunicarea; sau

b)prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire la adresa părții, pentru persoanele prevăzute pe pagina de semnături, sau la o astfel de adresă notificată de către partea în cauză în scris; sau

c)prin fax trimis la numerele de fax sau la un număr de fax notificat de către partea în cauză, pentru persoanele prevăzute pe pagina de semnături, în scris.

10.2.Fiecare parte trebuie să notifice celelalte părți cu privire la orice modificare a datelor sale în termen de 5 zile lucrătoare de la data apariției acestor modificări.

■11.Integralitatea contractului

11.1.Prezentul contract reprezintă întreaga voință și singura înțelegere între părți și înlocuiește toate reprezentările, contractele, declarațiile și înțelegările anterioare ale părților.

■12.Cesiunea sau subcontractarea

12.1.Furnizorul nu are dreptul să ceseioneze, 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.

■13. Obiectul sau durata serviciilor

În cazul în care una dintre părți are cunoștință despre orice aspect care ar putea modifica volumul de muncă sau durata necesară pentru finalizarea serviciilor, va trimite o notificare scrisă cu privire la acest aspect către cealaltă parte, cât de repede posibil, în mod rezonabil, ținând cont de circumstanțe.

■14. Renunțări

Nicio renunțare de către o parte, expresă sau implicită, de a invoca orice încălcare a oricărui termen, oricărei condiții, obligații de către cealaltă parte nu se va interpreta ca fiind o renunțare la invocarea unei încălcări ulterioare, de natură similară sau diferită, a aceluiași termen, acelei condiții sau obligații din contract.

■15. Modificarea contractului

15.1. Prezentul contract poate fi modificat prin acordul scris al părților, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin 15 zile lucrătoare înaintea datei de la care se dorește modificarea.

15.2. Dacă pe parcursul derulării prezentului contract apar acte normative noi în materie, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

■16. Legea aplicabilă

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

■17. Soluționarea litigiilor

17.1. Fiecare dintre părți va depune toate eforturile pentru a soluționa pe cale amiabilă orice litigiu.

17.2. În cazul apariției unei litigiuri, partea reclamantă trebuie să notifice în scris, iar litigiul va fi supus spre soluționare directorului general al Furnizorului și președintelui casa de asigurări de sanatate.

17.3. În urma notificării trimise în conformitate cu clauza 19.2, nicio parte nu va începe nicio procedură litigioasă cu privire la orice dispută, până când părțile nu vor fi depus toate eforturile pentru soluționarea disputei, iar aceasta nu a fost soluționată în termen de 15 zile calendaristice (sau alt interval de timp convenit de părți).

17.4. În cazul în care nu se ajunge la un acord astfel cum este prevăzut mai sus, disputa va fi soluționată de către Comisia de arbitraj. Hotărârile Comisiei de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătoarești competente, cu acțiune în anulare.

17.5. Până la soluționarea disputei, părțile vor continua să îndeplinească obligațiile prevăzute în prezentul contract.

■18. Dispoziții finale

18.1. În cadrul Furnizorului, pe baza mecanismului stabilit de comun acord de părți - definit ulterior prin act adițional, care va face parte integrantă din prezentul contract, pot fi acceptați la tratament și bolnavii tratați temporar, potrivit normelor legale în vigoare.

18.2. Trimestrial, prin acte adiționale, se poate realiza regularizarea care se aplică perioadei de la începutul derulării contractului până la sfârșitul trimestrului respectiv sau perioadei de la ultima regularizare până la sfârșitul trimestrului respectiv, inclusiv pentru pacienții transferați temporar, cu încadrarea în bugetul alocat programului.

Prezentul contract a fost încheiat astăzi, 30.04.2010, în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

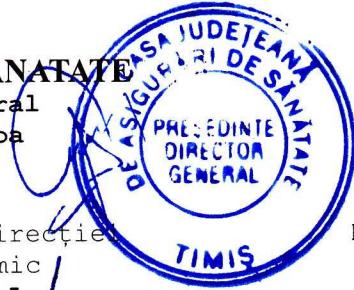
CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

Președinte - director general
Cristian Calin Careba

Director executiv al Direcției
management și economic
Ec. Gratiela Valerica Los

Director executiv al Direcției
relații cu furnizorii
Jr. Constantin Tanasie

Medic șef - director executiv adjunct
Dr. Sanda Iancu



FURNIZOR DE SERVICII

Manager
As.univ.dr. Gheorghe

Director finanțări-contabil
Ec. Mariana Sturza

Director medical
Conf.dr. Radu Prejbeanu



Director pentru cercetare-dezvoltare

Avizat

Juridic, Contencios și Aplicare acorduri internaționale
Cons.Jur. Mariana Radulescu



ANEXA A - CONDITII SUSPENSIVE

1. Existenta unui titlu asupra centrului de dializa pentru o perioada cel putin egala cu durata prezentului contract.
2. Depunerea la CAS a documentelor din care sa reiasa existenta personalului, respectiv medici, asistente si personal auxiliar, precum si a unor copii certificate a politelor de asigurare de raspundere civila, copii dupa certificatele de atestare, autorizare, acreditare, specializare in Nefrologie, competente in dializa, dupa caz, a personalului.
3. Depunerea la CAS a unei copii certificate a politei de asigurare de raspundere civila incheiata conform clauzei 7.1 din Contract.
4. Incheierea urmatoarelor contracte si prezentarea unor copii:
 - 4.1. Contracte cu furnizorii autorizati potrivit legii pentru distribuirea de medicamente si materiale sanitare specifice hemodializei si dializei peritoneala.
 - 4.2. Contracte pentru intretinerea aparaturii de dializa incheiate cu organizatii de intretinere autorizate conform legii.
 - 4.3. Contracte cu unitati de tratarea deseurilor autorizate conform legii.
 - 4.4. Contracte cu unitati de catering autorizate potrivit legii - similar alta varianta legala.
 - 4.5. Contracte cu transportatori autorizati potrivit legii pentru transprtul nemedicalizat al pacientilor hemodializati de la si la domiciliu pacientilor si transportul lunar al medicamentelor si materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacientilor.
5. Existenta unui sistem informatic pentru evidenta pacientilor, a serviciilor furnizate si a produselor.

DEFALCARE BUGET PNS PE TRIMESTRE SI LUNI 2010

SEMESTRUL I 2010

Nr	SUBPROGRAM	TOTAL 2010	DEC 2009	Ian	Feb	Mar	TRIM I	Apr	Mai	Iun	TRIM II
	SEDINTE HEMODIALIZA	291.154,93	1.346,93	51.920,00	29.264,00	38.704,00	121.234,93	22.656,00	18.408,00	18.408,00	59.472,00
	DIALIZA PERITONEALA	2.366,03	2.366,03	0,00	0,00	0,00	2.366,03	0,00	0,00	0,00	0,00

SEMESTRUL II 2010

Nr	SUBPROGRAM	Aug	Sept	TRIM III	Oct	Nov	Dec	TRIM IV
	SEDINTE HEMODIALIZA	18.408,00	18.408,00	55.224,00	18.408,00	18.408,00	18.408,00	55.224,00
	DIALIZA PERITONEALA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CAS Timis

PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL

CAREBA CALIN CRISTIAN

DIRECTOR EXEC. DIR. ECONOM.
EC. GRATIELA VALERICA LOSDIRECTOR EXEC. DIR. PLANIFICARE DEZV REL CU FURNIZORI
JR. CONSTANTIN TANASIEDIRECTOR ADJ EX - MEDIC SEF
DR. SANDA IANCUSEF SERV JURIDIC SI CONTENCIOS RELATII INTERNATIONALE
C.J. MARIANA RADULESCU

SPITAL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA TIMISOARA

MANAGER
ASIST.UNIV.DR. GHEORGHE NODITICONTABIL SEF
EC. MARIANA STURZA

ACT ADITIONAL nr. VII/DIALIZA/01/2/16.12.2010
pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu între **Casa de Asigurări de Sănătate Timis și Spitalul Clinic Județean de Urgenta Timisoara**

Părțile contractante:

Casa de Asigurări de Sănătate Timis, cu sediul în municipiul Timisoara, str. Corbului nr. 4, cont nr. RO10TREZ62127660520XXXXX, deschis la Trezoreria Timisoara, cod fiscal nr. 2483580, reprezentată legal prin Președinte Director general CRISTIAN CALIN CAREBA și

Spitalul Clinic Județean de Urgenta Timisoara (Furnizorul), cu sediul în Timisoara, cont nr. RO62TREZ6215041XXX000497, deschis la Trezoreria Timisoara, cod fiscal 4663448, reprezentată legal prin Manager Asist. univ. Dr. GHEORGHE NODITI

II. Obiectul actului aditional

ART. 1.

Obiectul prezentului act aditional constă în suplimentarea valorii de contract - volumului estimat de servicii, conform adresei CNAS nr. NLD/9460/2010.

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 - lei -
Nr. bolnavi pentru hemodializă convențională	4	
Nr. ședințe de hemodializă convențională	677	319.544
Nr. bolnavi pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line	0	
Nr. ședințe de hemodiafiltrare intermitentă on-line	0	
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală continuă	0	
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală automată	0	

hemodializă convențională.

Defalcarea lunara/trimestrială a sumei se regăseste în anexa B la prezentul contract.

ART. 2.

Restul articolelor contractului pentru furnizarea de servicii de dializa în regim ambulatoriu raman nemodificate.

Prezentul act aditional a fost încheiat astăzi, 16.12.2010, în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

Președinte - director general
Cristian Calin Careba

Director economic
Ec. Gratiela Valerica Lăs

Director relații contractuale

Medic șef
Dr. Sanda Iancu



Avizat
Compartiment Juridic și Contencios
Cons.Jur. Bogdan Darius



FURNIZOR DE SERVICII

Manager
As.univ.dr. Gheorghe Nodari

Director finanțiar-contabil
Ec. Maria Saracan

Director medical
Conf.dr. Radu Prejbeanu



SPITAL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA TIMISOARA

ANEXA B
VII/DIALIZA/01/2/2010

DEFALCARE BUGET PNS PE TRIMESTRE SI LUNI 2010

SEMESTRUL I 2010

Nr	SUBPROGRAM	TOTAL 2010	DEC 2009	Ian	Feb	Mar	TRIM I	Apr	Mai	Iun	TRIM II
	SEDINTE HEMODIALIZA	463.434,93	1.346,93	51.920,00	29.264,00	38.704,00	121.234,93	22.656,00	40.120,00	42.008,00	104.784,00
	DIALIZA PERITONEALA	2.366,03	2.366,03	0,00	0,00	0,00	2.366,03	0,00	0,00	0,00	0,00

SEMESTRUL II 2010

Nr	SUBPROGRAM	Iul	Aug	Sept	TRIM III	Oct	Nov	Dec	TRIM IV
	SEDINTE HEMODIALIZA	42.008,00	47.200,00	36.816,00	126.024,00	43.424,00	49.560,00	18.408,00	111.392,00
	DIALIZA PERITONEALA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CAS Timis
PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
CAREBA CALIN CRISTIAN

DIRECTOR ECONOMIC
EC. GRATIELA VAMPIRA LOS

DIRECTOR RELATII CONTRACTUALE

MEDIC SEF
DR. SANDA IANCU

SPITAL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA TIMISOARA

MANAGER
ASIST.UNIV.DR. GHEORGHE NODITI

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL
EC. MARIA SARACAN

