

ACT ADITIONAL nr. VII/DIALIZA/01/26/29.09.2023

pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu pentru bolnavii incluși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică nr. VII/DIALIZA/01/2022

I. Părțile contractante:

Casa de asigurări de sănătate Timis cu sediul în municipiul/orașul Timisoara str. Corbului nr. 4, județul/secctorul Timis telefon 0256201772 fax 0256 492115, e-mail contractare.pns@cjastn.ro, reprezentată prin Director general .Prof.Univ.Dr.Victor Dumitrascu,

și

Unitatea sanitară Spitalul Clinic Judetean de Urgenta „Pius Brinzeu” Timisoara, cu sediul în Timisoara, str. Iosif Bulbuca nr. 10, telefon 0256/489704, fax 0256/486956, reprezentată prin manager Prof. Univ. Dr. Dorel Sandesc, având actul de înființare/organizare nr. 228/1991, Autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție nr. 21463/333/R/17.09.2021, eliberat de Direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr. 95/2016, Dovada acreditării/Dovada înscrierii în procesul de acreditare nr. A50166/28.01.2021, Avizul eliberat de Ministerul Sănătății nr. 475/20.05.2010 codul fiscal 4663448 și contul nr. RO96TREZ62120F332100XXXX, 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/DIALIZA/01/2022,

II. Obiectul actului aditional

Art.1. În Contract capitolele primesc o nouă numerotare, după cum urmează: I. Părțile contractante, II. Obiectul contractului, III. Dispoziții generale, IV. Volumul estimat de servicii, V. Durata contractului, VI. Condiții suspensive, VII. Locația serviciilor, VIII. Obligațiile părților, IX. Raportarea serviciilor de dializă, X. Controlul raportării serviciilor de dializă, XI. Plata, XII. Sancțiuni, XIII. Încetarea contractului, XIV. Cesiunea sau subcontractarea, XV. Modificarea contractului, XVI. Legea aplicabilă, XVII. Răspunderea contractuală, XVIII. Soluționarea litigiilor, XIX. Dispoziții finale.

Art.2. În tot cuprinsul Contractului sintagma: "Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004" se înlocuiește cu sintagma: "Ordinul ministrului sănătății nr. 1.834/2023".

Art.3. În Contract, articolul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 1 (1) Furnizorul trebuie să aibă o capacitate suficientă pentru furnizarea volumului estimat de servicii pentru bolnavii asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(2) Volumul efectiv al serviciilor furnizate conform prezentului contract depinde de numărul de servicii solicitate Furnizorului pentru bolnavii asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate, sub condiția plafonului de plăți, conform art. 25.

(3) La nivelul centrelor de dializă se acordă servicii de hemodializă atât bolnavilor aflați constant în evidență, în limita a 156 de ședințe/an pentru tratamentul continuu, cât și bolnavilor tratați temporar (bolnav temporar), precum și servicii de dializă peritoneală bolnavilor aflați constant în evidență, cât și celor tratați temporar (bolnav temporar).

(4) Bolnavul constant este bolnavul tratat prin dializă pentru IRC în stadiu uremic, care necesită tratament substitutiv renal ($FG < 15 \text{ ml/min./1,73 mp}$), înregistrat în Registrul de evidență a bolnavilor dializați al unui centru de dializă, în care bolnavul beneficiază de ședințe de hemodializă mai mult de 12 săptămâni.

(5) La nivelul centrelor de dializă bolnavii constanți reprezintă atât bolnavii contractați cât și bolnavii nou-introduși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, în calitate de bolnavi cronici.

(6) Bolnavul temporar este bolnavul tratat prin dializă într-un centru de dializă pentru mai puțin de 12 săptămâni, respectiv:

a) bolnavul hemodializat pentru IRC în stadiu uremic, înregistrat în Registrul de evidență a bolnavilor dializați al unui alt centru de dializă, transferat temporar, cu respectarea condițiilor și formalităților de transfer prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.834/2023, cu modificările și completările ulterioare;

b) bolnavul titular al cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de

securitate socială, precum și bolnavii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

(7) Bolnavul nou-inclus în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică este bolnavul la care inițierea tratamentului (primele 3 - 6 ședințe de hemodializă, respectiv primele 14 - 21 de zile de tratament prin dializă peritoneală) s-a realizat într-o unitate sanitară cu paturi, în condițiile Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.834/2023, cu modificările și completările ulterioare, aflată în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Incluziunea bolnavilor noi în program se realizează cu încadrarea în bugetul aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, cu respectarea criteriilor de calitate prevăzute în normele de dializă.

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

(9) În cazul în care pe durata executării contractului Furnizorul primește noi adeziuni de la bolnavii nou-incluzi în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, incluziunea bolnavilor în centru, pentru continuarea tratamentului cronic prin dializă, se realizează astfel:

a) Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre aceste solicitări, va preciza dacă este un bolnav nou-introdus pe un post vacantat prin ieșirea din Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică (transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire din program) sau dacă este un bolnav nou-introdus pe un loc liber creat prin transferul definitiv al unui bolnav constant într-un alt centru care are un loc vacantat, îl va raporta ca bolnav nou-tratat în centru, cu încadrarea în numărul total de bolnavi contractat din centru și cu încadrarea în valoarea de contract.

b) Bolnavul nou-inclus în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, care nu a putut fi introdus pe un post liber sau vacantat în centrul de dializă, se va raporta ca bolnav nou-tratat în centru și se va informa casa de asigurări de sănătate dacă valoarea estimată a serviciilor aferente acestui bolnav se încadrează în valoarea de contract sau serviciile aferente acestui bolnav depășesc valoarea de contract.

În cazul în care, serviciile aferente bolnavului nou-introdus depășesc valoarea de contract, casa de asigurări de sănătate va transmite spre analiză, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aceste situații, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

Casa de asigurări de sănătate va putea încheia acte adiționale, după caz, astfel:

i) doar de suplimentare a numărului de bolnavi contractat, dacă serviciile bolnavilor nou-introduși se încadrează în valoarea totală de contract sau,

ii) acte adiționale de suplimentare a numărului de bolnavi contractat și a valorii de contract, dacă serviciile bolnavilor nou-intrași depășesc nivelul contractat, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, numai cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Furnizorul va informa casa de asigurări de sănătate dacă poate sau nu să onoreze solicitările de preluare în centru a bolnavilor care au optat prin adeziune continuarea tratamentului cronic prin dializă, în condițiile Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.834/2023, cu modificările și completările ulterioare.

(10) În cadrul raportării lunare de servicii de dializă, bolnavul nou-inclus în evidența unui centru de dializă va fi raportat de centrul de dializă în care urmează să fie tratat constant, trecând în tabelele prevăzute în anexele B1 și B2, la rubrica Observații: "N", un set minim de informații referitoare la bolnav (data inițierii tratamentului de dializă și centrul în care s-a făcut inițierea, centrul de la care provine, după caz, data intrării în centru, modalitatea de includere în centru, după caz). Furnizorii de servicii de dializă vor notifica casele de asigurări de sănătate despre aceste situații la sfârșitul perioadei de raportare.

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

servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a devenit bolnav constant, respectiv cu modificarea corespunzătoare a prevederilor bugetare.

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

(13) Bolnavii nou-incluși în evidența unui centru de dializă se raportează la Registrul renal român, în termen de 48 de ore, cu obligativitatea înștiințării Registrului renal român despre orice modificare survenită ulterior (devine bolnav constant, transfer în alt centru, deces, trecere la alt tip de dializă, transplant, pierdere din evidență etc.).

(14) În cazul în care în centrul de dializă sunt tratați bolnavi transferați temporar, aceștia vor fi cuprinși în raportarea lunară a centrului de dializă la care s-au transferat, urmând ca, trimestrial sau după caz, să fie întocmit un act adițional de diminuare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul beneficiază de servicii ca bolnav constant. Sumele diminuate trebuie să fie aferente volumului de servicii de care a beneficiat bolnavul pe perioada transferului temporar în alt centru de dializă și trebuie alocate, prin act adițional de majorare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate de contract, centrului la care s-a transferat.

(15) Pentru regularizarea serviciilor de dializă, casele de asigurări de sănătate vor transmite, spre analiză, la solicitarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, date referitoare la bolnavii tratați (bolnavi nou-inițiați, bolnavi constanți, transferați definitiv de la alte centre și numărul locurilor vacante, după caz), pentru fiecare terapie contractată, distinct, pe fiecare unitate cu care este în contract.

(16) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după analiza datelor, va transmite caselor de asigurări de sănătate volumul de servicii estimat și valoarea estimată contractată, urmând ca acestea să încheie acte adiționale de regularizare.

(17) Furnizorul acceptă riscul ca cererea de servicii să fie mai mică decât volumul estimat, situație în care casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat. Casa de asigurări de sănătate va plăti Furnizorului tariful contractual, stabilit potrivit art. 20 alin. (2) - (5), pentru toate serviciile furnizate până la plafonul prevăzut la art. 25, dar nu își asumă nicio obligație de a garanta că volumul serviciilor solicitate va atinge întotdeauna volumul estimat”.

Art.4. În Contract, articolul 14 se modifică și va avea următorul cuprins:

”ART. 14 Casele de asigurări de sănătate, în primele 5 zile lucrătoare de la primirea raportărilor, vor verifica numărul de bolnavi tratați, respectarea volumului de servicii estimat prevăzut în contract și încadrarea în valoarea estimată contractată pe tip de serviciu de dializă: hemodializă și dializă peritoneală”.

Art.5. În Contract, articolul 18 se modifică și va avea următorul cuprins:

”ART. 18 În urma fiecărui control efectuat la furnizorii de dializă se va întocmi un raport care va fi transmis structurii de control din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate”.

Art.6. În Contract, articolul 20 se modifică și va avea următorul cuprins:

”ART. 20 Modalități de plată .

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează lunar contravaloarea serviciilor de dializă realizate în luna anterioară lunii în care se face decontarea, pentru bolnavii tratați (constanți și transferați temporar), în conformitate cu termenii contractuali, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului, care nu se

decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

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

(3) Pentru bolnavii constanți, supuși tratamentului de hemodiafiltrare intermitentă on-line, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line prevăzut în normele tehnice, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful hemodiafiltrării intermitente on-line) și în limita maximumului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Hemodiafiltrarea intermitentă on-line este indicată (maximum 15% din totalul bolnavilor hemodializați următoarelor categorii de bolnavi:

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

b) tineri cu probabilitate mare de supraviețuire îndelungată prin dializă, dar cu șanse mici de transplant renal, datorită comorbidităților asociate;

c) cu polineuropatie "uremică" care nu a putut fi corectată prin tratament corect prin hemodializă convențională;

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

(5) Pentru bolnavii constanți, supuși tratamentului de dializă peritoneală automată, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcție de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală și tariful/bolnav cu dializă peritoneală automată prevăzut în normele tehnice (tariful dializei peritoneale automate), în limita valorii de contract. Dializa peritoneală automată este indicată (maximum 15% din totalul bolnavilor dializați peritoneal următoarelor categorii de bolnavi dializați peritoneal:

a) la care țintele de eficiență a dializei peritoneale ambulatorii (Kt/V uree $> 1,7$; clearance creatinină > 60 L /săptămână/1,73 mp; ultrafiltrat < 1.000 ml/24 ore, absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu sunt atinse timp de 3 luni consecutive;

b) copii preșcolari, la care hemodializa și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificile și grevate de posibile accidente și complicații;

c) care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din cauza asocierii herniilor sau eventrațiilor abdominale;

d) elevi, studenți sau persoane active din punct de vedere profesional;

e) cu dizabilități care îi împiedică să efectueze singuri schimburile peritoneale manuale, dar la care membrii familiei sau asistenta la domiciliu pot face conectarea și deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

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

(7) Casa de asigurări de sănătate va plăti tariful contractual pentru serviciile furnizate bolnavilor cronici, asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate și cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică. Tariful pentru hemodializă include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv cheltuielile pentru medicamente [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calci doi, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigații de laborator, materiale sanitare specifice, precum și transportul dializaților de la domiciliul acestora până la centrul de dializă și retur, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și al persoanelor cu vârsta de peste

18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transport sanitar, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate Tariful pentru dializa peritoneală include cheltuielile aferente medicamentelor specifice [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agonisti ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigațiilor de laborator, materialelor sanitare specifice, precum și transportului, lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare la domiciliul bolnavilor.

(8) La regularizarea trimestrială sau după caz, în condițiile în care valoarea realizată pe tip de terapie este mai mică decât valoarea estimată contractată, decontarea se poate face de către casele de asigurări de sănătate, indiferent de tipul de serviciu de dializă: hemodializă sau dializă peritoneală, atât pentru bolnavii constanți, ai centrului, cât și pentru bolnavii transferați temporar, cu încadrarea în valoarea totală de contract. Casele de asigurări de sănătate vor putea utiliza fondurile alocate, indiferent de tipul de terapie, prin întocmirea de acte adiționale, vor deconta serviciile la nivelul realizat conform prevederilor art. V din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative cu încadrare în valoarea totală a contractului și vor informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate despre aceste situații.

(9) În cazul în care, pe timpul derulării contractului și nu numai, furnizorul nu mai îndeplinește condițiile prevăzute la art. 20 alin. (3) și (5), de a trata maximum 15% bolnavi prin hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum și bolnavi prin dializă peritoneală automată, serviciile acordate acestora vor fi decontate până la ieșirea din tratament a bolnavilor, cu condiția ca furnizorul să nu mai introducă niciun bolnav pe locul acestora, respectând limita de 15% calculată conform art. 20 alin. (3) și (5).

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

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

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

c) 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;

d) 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;

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

(11) Furnizorul are obligația ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună declarația de servicii privind serviciile furnizate în timpul lunii anterioare la casa de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate va notifica în scris observațiile sale în 5 zile lucrătoare de la

primirea în original și după validarea declarației de servicii lunare. Furnizorul va emite și va depune, în termen de 5 zile lucrătoare, o factură în lei pentru suma prevăzută în notificarea transmisă de casa de asigurări de sănătate. În termen de 30 de zile de la data primirii facturii, casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului, potrivit indicațiilor de pe factura emisă de acesta.

(12) Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la art. 20 alin. (12) exonerează casa de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

(13) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menționat la art. 20 alin. (12), precum și existența unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depășit termenul

(14) Furnizorul are obligația de a nominaliza la rubrica "Cumpărător" din factură, pe lângă casele de asigurări de sănătate, în calitate de achizitor, și centrul de dializă, în calitate de beneficiar.

Datele de identificare ale furnizorilor trebuie să corespundă cu cele din contract. Rubrica "Descrierea produselor" se va completa cu "servicii de hemodializă convențională", "servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line", respectiv "servicii de dializă peritoneală continuă", "servicii de dializă peritoneală automată", valoarea serviciilor exprimată în lei la tarifele prevăzute în actele normative în vigoare, precum și numărul contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate.

(15) Plata serviciilor de dializă și regularizarea trimestrială a acestora, se efectuează la nivelul realizat, prin încheierea de acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Actele adiționale de suplimentare a valorii de contract, pentru acoperirea serviciilor acordate peste valoarea de contract, se vor încheia după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

(16) să includă bolnavul nou-inițiat și să deconteze toate serviciile, începând cu primul serviciu, conform reglementărilor Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private;

(17) Casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile aferente bolnavilor la care inițierea tratamentului a fost efectuată în unități din ambulatoriu, cu excepția situațiilor de forță majoră, declarate de autorități (epidemii, catastrofe naturale, război), care afectează activitatea secțiilor/compartimentelor din spitalele publice și împiedică inițierea tratamentului prin dializă în regim de spitalizare continuă, inițierea tratamentului prin dializă se poate face în unitățile ambulatorii, în condițiile Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private".

Art.7. În Contract, articolul 23 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 23 (1) Dacă bugetul anual al Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate nu a fost aprobat cu cel puțin 3 zile înainte de 31 decembrie, caz în care limitele de cheltuieli nu pot depăși 1/12 din prevederile bugetare ale anului precedent, se încheie acte adiționale de prelungire a contractelor existente, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație, conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Contabilitatea operațiunilor rezultate din contractele încheiate de furnizori se ține utilizându-se următoarele conturi:

- a) 628 "Alte cheltuieli cu servicii executate de terți";
- b) 401 "Furnizori";
- c) 7705 "Finanțarea din bugetul FNUASS".

(3) Înregistrările contabile ocazionate de derularea operațiunilor rezultate din executarea contractelor încheiate cu furnizorii sunt următoarele:

- a) primirea facturilor lunare și înregistrarea obligației de plată:
 - 628 "Alte cheltuielile cu servicii executate de terți" = 401 "Furnizori";
- b) decontarea serviciilor de dializă facturate:
 - 401 "Furnizori" = 7705 "Finanțarea din bugetul FNUASS".

Art.8. În Contract, la articolul 35, alin.(4) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(4) Anual se poate efectua regularizarea serviciilor de dializă realizate și validate de casele de asigurări de sănătate pentru bolnavii constanți ai centrului, în limita a 156 de ședințe/bolnav/an, cu excepția:

- a) ședințelor efectuate bolnavilor, peste 156 de ședințe/bolnav/an datorită structurii calendaristice a unui an (an bisect), cu respectarea programului de trei ședințe de dializă/săptămână;
- b) ședințelor efectuate bolnavilor cu insuficiență renală cronică în stadiul uremic, care pe perioada

sarcinii necesită un număr de până la 6 ședințe de dializă/săptămână, cu menținerea ureei serice la valori < 75 mg/dl;

c) ședințelor efectuate bolnavilor cu insuficiență cardiacă severă, refractară la alte mijloace de tratament și care nu suportă încărcări volemeice chiar minime (de ex. cardiomiopatii dilatative);

d) ședințelor efectuate bolnavilor cu pericardită uremică;

e) unor situații de urgență (hiperpotasemie, încărcare volemică) care pot fi rezolvate în centrele de dializă în ambulatoriu. În funcție de gravitatea situației, medicul curant din unitatea de dializă decide dacă bolnavul poate fi dializat în regim ambulatoriu sau trebuie trimis pentru spitalizare continuă.

Art.9. În Contract, la articolul 35, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (5), cu următorul cuprins:

“(5) Raportarea ședințelor suplimentare de hemodializă, față de programul de bază, se raportează conform prevederilor normelor tehnice. Furnizorii de servicii de dializă vor înștiința casele de asigurări de sănătate despre aceste situații la sfârșitul perioadei de raportare.”

Art.10. Toate celelalte prevederi ale contractului rămân și se aplică nemodificate.

Prezentul act adițional a fost încheiat azi, 29.09.2023, în două exemplare originale, câte unul pentru fiecare parte.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE TIMIS

Director general
PROF. UNIV. DR. VICTOR DUMITRACHE

Vizat CFP,
Ec. Bodea Nicoléta

Director economic
Ec. Lavinia I.

Director relații
Jr. Darius -II

Medic
Dr.

Vizat șef serviciu,
C.J. Sofia Dumescu

Spitalul Clinic Județean de Urgență „Pius
Brnzeu”
Manager,
Prof. Univ.

Nr. 4 C.J.A.S. TIMIȘ
SE CERTIFICĂ DE REGULARITATE
SEMNĂTURA