



# MONITORUL OFICIAL

## AL

# ROMÂNIEI

Anul 178 (XXII) — Nr. 301

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 10 mai 2010

### SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	
445.	— Ordin privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea.....	2-6
452.	— Ordin pentru modificarea Ordinului 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.....	7-15

# ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

## ORDIN

### privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea

Având în vedere:

- Referatul de aprobare al Serviciului medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DGE/SM/464 din 22 aprilie 2010;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 70 alin. (1) lit. a) și b) 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;
- Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare,
- în temeiul dispozițiilor art. 281 alin. (2) din titlul VIII al Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

**președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emite următorul ordin:

Art. 1. — În vederea finanțării cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă în anul 2010 se aprobă Regulile de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și Metodologia de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, prevăzute în anexele nr. 1 și 2, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — (1) Spitalele vor raporta în format electronic setul minim de date la nivel de pacient în spitalizarea continuă (SMDPC), aferent pacienților externi, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, până la data de 5 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

(2) Trimestrial, în perioada 15—19 a lunii următoare trimestrului încheiat, spitalele vor transmite în format electronic cazurile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cazurile neraportate din lunile anterioare. În perioada 10—14 decembrie 2010, spitalele vor transmite în format electronic cazurile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cazurile neraportate până la data de 30 noiembrie 2010. Cazurile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cele neraportate până la sfârșitul anului pot fi raportate în perioada 15—19 ianuarie a anului următor.

(3) Lunar, până la data de 15, spitalele vor primi de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, denumită în continuare *SNSPMPDSB*, în format electronic și tipărit, rapoartele de validare a activității aferente lunii precedente, în conformitate cu formularul 1.1 prevăzut în anexa 3-a și cu formularele prevăzute în anexele 3-c și 3-e la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 428/2010 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale — formulare unice pe țară, fără regim special.

(4) Trimestrial, până la data de 23 a lunii următoare trimestrului încheiat, iar pentru trimestrul IV până la data de 18 decembrie 2010, respectiv până la data de 23 ianuarie 2011, spitalele vor primi de la *SNSPMPDSB*, în format electronic și

tipărit (fax), rapoartele de validare a activității de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, în conformitate cu formularul 1.2 prevăzut în anexa 3-a și cu formularele prevăzute în anexele 3-c și 3-e la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 428/2010.

(5) Lunar, respectiv trimestrial, *SNSPMPDSB* va transmite spitalelor rapoarte cu detalierea cauzelor de invalidare pentru fiecare caz, conform regulilor de validare prevăzute în anexa nr. 1.

(6) Pentru decontarea activității lunare, spitalele vor utiliza, după caz, desfășurătoarele 2.1 și 2.2 prevăzute în anexa 3-b, desfășurătoarele 1.1—1.3 prevăzute în anexa 3-d și desfășurătoarele 1.1 și 1.2 prevăzute în anexa 3-f la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 428/2010.

(7) Pentru decontarea activității trimestriale, spitalele vor utiliza, după caz, desfășurătorul prevăzut în anexa 3-b bis, desfășurătorul 1.3 prevăzut în anexa 3-d, desfășurătorul prevăzut în anexa 3-d bis și desfășurătorul prevăzut în anexa 3-g la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 428/2010.

(8) Regulile de validare prevăzute în anexa nr. 1 se aplică pentru cazurile care se externează începând cu data de 1 aprilie 2010.

Art. 3. — Pentru cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului în condițiile art. 70 alin. (2) 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, se va întocmi și se va raporta doar fișa de spitalizare de zi, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 4. — Direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate, spitalele, precum și *SNSPMPDSB* vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 5. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 6. — Începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 649/2009 privind aprobarea Regulilor

de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 412 din 17 iunie 2009.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Nicolae Lucian Duță**

București, 28 aprilie 2010.  
Nr. 445.

ANEXA Nr. 1

### **REGULI DE VALIDARE a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă**

Sunt invalidate următoarele cazuri:

A01 Cazuri ale căror date încalcă specificațiile tehnice ale setului minim de date la nivel de pacient

Motiv: Aceste cazuri nu pot fi colectate în baza de date națională din cauza existenței unor erori (de exemplu, lipsa unor date obligatorii sau neconcordanța cu nomenclatoarele în vigoare). Sub incidența acestei reguli intră și foile care nu respectă criteriul de număr unic de foaie pe spital și an, deoarece numărul unic de foaie pe spital și an face parte din specificațiile setului minim de date la nivel de pacient (Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare).

A02 Cazuri raportate pe secții în care nu se întocmește foaia de observație clinică generală, denumită în continuare FOCG (de exemplu, cazurile care sunt raportate pe secțiile ATI, secții paraclinice, structuri de urgență etc.)

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, FOCG se întocmește doar pentru pacienții spitalizați în secții clinice medicale sau chirurgicale (cu excepția secțiilor ATI).

A03 Cazuri cu data intervenției chirurgicale principale în afara intervalului de spitalizare

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data internării, data externării, data intervenției chirurgicale principale.

A04 Cazuri decedate, pentru care nu există concordanță între tipul externării și starea la externare

Motiv: Pentru cazurile decedate, informația privind decesul este cuprinsă atât în rubrica „Tip externare”, cât și în rubrica „Stare la externare”. În situația în care cele două informații nu concordă, este vorba de o eroare în cel puțin una dintre rubrici.

A05 Cazuri cu vârsta negativă

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data nașterii, data internării.

A06 Cazuri cu durata de spitalizare negativă

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data internării, data externării.

A07 Cazuri concomitente

Motiv: Aceste cazuri reprezintă episoade de spitalizare pentru același pacient, care se suprapun în timp.

A08 Cazuri neclasificabile

Motiv: Aceste cazuri au erori pe datele care influențează clasificarea lor.

A09 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat complet datele privind tipul de asigurare CNAS a pacientului

Explicații: Sunt invalidate cazurile în care statutul de asigurat al pacientului — asigurat CNAS, asigurat CNAS și asigurare voluntară — impune completarea tipului de asigurare. De

asemenea, sunt invalidate cazurile în care nu a fost completată informația privind casa de asigurări de sănătate, deși tipul de asigurare — „Obligatorie CAS”, „Facultativă CAS” — o impune.

Motiv: Informația privind tipul asigurării de sănătate a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

A10 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat datele privind categoria de asigurat a pacientului

Explicații: Sunt invalidate cazurile pentru care categoria de asigurat a pacientului nu a fost completată, deși tipul de asigurare „Obligatorie CAS” o impune.

Motiv: Informația privind categoria de asigurat a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

A11 Cazurile internate la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă, a încadrării și reevaluării gradului de handicap

Motiv: Conform legislației în vigoare, serviciile spitalicești efectuate la cerere, precum și serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă, a încadrării și reevaluării gradului de handicap nu sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

A12 Cazurile care nu îndeplinesc condițiile finanțării din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate din punctul de vedere al asigurării de sănătate și al criteriului de internare

Motiv: Serviciile spitalicești suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate furnizate pacienților neasigurați, respectiv pacienților cu asigurare facultativă CAS sunt cele prevăzute la cap. II și III din anexa 16 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010, cu modificările și completările ulterioare.

A13 Cazuri pentru care nu s-a înregistrat criteriul de internare a pacientului

Explicații: Se aplică tuturor asiguraților CNAS (cu sau fără asigurare voluntară).

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, informația privind criteriul de internare a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

A14 Cazuri de transplant de organe și țesuturi, cu excepția grefelor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările și completările ulterioare, a serviciilor medicale aferente stării posttransplant și a cazurilor prevăzute în hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2010

Motiv: Conform legislației în vigoare, transplanturile sunt finanțate de către Ministerul Sănătății, cu excepția grefelor și a serviciilor medicale aferente stării posttransplant. De asemenea, nu sunt finanțate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate procedurile de prelevare de organe de la donatori decedați.

A15 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informațiile cu privire la intervenția chirurgicală principală

Excepții: Cazurile fără intervenție chirurgicală principală

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, informațiile privind intervenția chirurgicală principală — data intervenției chirurgicale principale și codul de parafă al medicului operator — sunt incluse în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

A16 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat complet datele despre cetățenia pacientului

Explicații: Se aplică exclusiv cazurilor cu cetățenie străină sau dublă (română și străină), pentru care nu s-a înregistrat și țara.

Motiv: Informația privind cetățenia pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

B01 Cazuri cu vârsta peste 124 de ani

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba de o eroare în cel puțin una dintre următoarele rubrici: data nașterii, data internării.

B02 Cazuri cu durata de spitalizare peste 365 de zile

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba de o eroare în cel puțin una dintre următoarele rubrici: data internării, data externării.

B03 Pacienții pentru care nu a fost înregistrat codul numeric personal (CNP)

Excepții: Fac excepție de la această regulă cazurile de nou-născuți (cu vârsta între 0 și 28 de zile) și cazurile de cetățeni străini.

Motiv: Conform prevederilor legale, furnizorii de servicii medicale trebuie să înregistreze codul numeric personal al asiguraților.

B04 Transferuri intraspitalicești și reinternări în aceeași zi sau la un interval de o zi în același tip de îngrijiri

Motiv: Aceste cazuri sunt considerate ca un episod de spitalizare unic.

Excepții: Fac excepție cazurile care sunt transferate/reinternate în același spital, dar între/în secții cu tip de îngrijiri diferit (din secții cu îngrijiri de tip acut în secții cu îngrijiri de tip cronic/de recuperare sau invers).

Explicații: Specificarea secțiilor unde se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic, reglementată de Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările și completările ulterioare.

B05 Cazuri pentru care niciuna dintre intervențiile chirurgicale efectuate nu este în concordanță cu diagnosticul principal

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel, cel puțin una dintre următoarele informații este eronată: diagnosticul principal, procedurile efectuate.

B06 Cazuri cu diagnostic principal inacceptabil

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG 961Z (diagnostice principale inacceptabile).

B07 Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordant cu vârsta/greutatea

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG 963Z (diagnostice neonatale neconcordante cu vârsta/greutatea).

B08 Cazuri internate și externate în aceeași zi

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba de o eroare de înregistrare a datei de internare și/sau de externare ori de un caz cu posibilitate de rezolvare în spitalizare de zi.

Excepții: De la această regulă fac excepție cazurile decedate și cazurile care sunt clasificate în grupurile de diagnostice specifice spitalizării de zi.

B09 Cazuri clasificate în DRG *B40Z Plasmafereza cu boli neurologice*

Motiv: În majoritatea situațiilor, cazurile respective se clasifică în DRG *B40Z Plasmafereza cu boli neurologice* datorită codificării unei proceduri de rutină 13839-00 Prelevarea de sânge în scop diagnostic.

Excepții: De la această regulă fac excepție cazurile pentru care clasificarea în DRG B40Z s-a făcut datorită altei proceduri decât 13839-00.

B10 Cazuri cu diagnostic principal de tipul agent infecțios (B95\_-B97\_)

Motiv: Conform listei tabelare a diagnosticelor, aceste coduri sunt utilizate ca diagnostice secundare, pentru precizare, drept coduri adiționale pentru un alt diagnostic principal.

B11 Cazuri cu diagnostic principal de tipul sechelă de AVC (I69\_)

Motiv: Conform standardelor de codificare, aceste coduri sunt utilizate ca diagnostice secundare, pentru diagnostice principale ce definesc concret tipul de sechelă a AVC.

B12 Cazuri clasificate în DRG A41A și A41B, care au avut o intervenție chirurgicală asociată cu o procedură de anestezie generală împreună cu o procedură de intubație.

Motiv: Conform standardelor de codificare, anestezia generală include și procedura de intubație.

B13 Cazuri cu diagnostic principal de deshidratare și unul dintre diagnosticele secundare de tipul gastroenterită

Motiv: Conform standardelor de codificare, gastroenterita ar trebui codificată întotdeauna ca diagnostic principal, înaintea celui de deshidratare. Rehidratarea, care se efectuează oricum pentru tratamentul acestui tip de afecțiune, nu permite alocarea codului de deshidratare, acesta din urmă codificându-se numai când există documentare clinică și este menționat în mod expres de medicul curant.

B14 Cazuri clasificate într-un DRG de tipul „cu complicații/comorbidități”, care au codificat ca diagnostic secundar Z71.3.

Motiv: Conform listei tabelare a diagnosticelor, codurile de tipul Z71\_ se alocă pentru persoane care recurg la serviciile de sănătate pentru consiliere, inclusiv medicală, neclasificată altundeva.

Excepții: De la această regulă fac excepție cazurile care au diagnosticul principal sau unul dintre celelalte diagnostice secundare de tipul: colită, diabet, alergii, gastrită, obezitate, hipercolesterolemie, malnutriție.

B15 Cazuri care au un diagnostic (principal sau secundar) de tipul neoplasm secundar, fără a avea codificat și neoplasmul primar.

Motiv: Conform standardelor de codificare, în momentul în care se codifică un neoplasm secundar este obligatorie și codificarea celui primar. În cazul în care neoplasmul primar nu a fost identificat, se va utiliza codul C80.

B16 Cazuri aferente corecțiilor estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.

B17 Cazuri aferente serviciilor de fertilizare *in vitro*

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii

Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.

ANEXA Nr. 2

## METODOLOGIE

### de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea

Evaluarea cazurilor invalidate de către SNSPMPDSB, pentru care se solicită revalidarea, cât și a cazurilor pentru care casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, au constatat nereguli privind corectitudinea datelor înregistrate se realizează în cadrul unei comisii de analiză. Comisia de analiză este formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și reprezentanți ai spitalului, cu excepția medicului curant al cazului respectiv. Membrii comisiei de analiză vor fi desemnați în scris de către cele două instituții.

Spitalul este obligat să pună în aplicare deciziile comisiei de analiză.

#### 1. Descrierea generală a procesului

Înregistrările electronice transmise de spitale către SNSPMPDSB sunt supuse procesului de validare în conformitate cu regulile de validare prevăzute în anexa nr. 1. Înregistrările sunt returnate spitalelor, împreună cu rezultatul validării (validat sau invalidat).

Pentru cazurile invalidate se specifică și motivul invalidării. Pentru cazurile invalidate spitalele vor revedea datele care au determinat invalidarea și vor putea revalida cazurile respective prin retransmiterea lor către SNSPMPDSB, după ce le corectează și/sau cer aviz de revalidare din partea comisiei de analiză.

Avizul de revalidare se poate obține numai după evaluarea cazurilor respective de către comisia de analiză.

Retransmiterea cazurilor pentru revalidare se face doar cu ocazia regularizărilor trimestriale.

Trimestrial, SNSPMPDSB va informa casele de asigurări de sănătate cu privire la cazurile revalidate, prin aviz de revalidare, precizând pentru fiecare caz următoarele: numărul FOCG, data internării, data externării, secția. Pe baza acestor informații, casele de asigurări de sănătate au obligația de a verifica dacă datele puse la dispoziție de SNSPMPDSB coincid cu informațiile din deciziile de validare ale Comisiei de analiză. În cazul constatării unor neconcordanțe între cele două documente, casele de asigurări de sănătate vor anunța spitalul pentru ca acesta din urmă să modifice înregistrările respective în conformitate cu deciziile comisiei de analiză.

Nerespectarea reglementărilor privind datele clinice la nivel de pacient (neconcordanța dintre datele colectate electronic și datele din FOCG, neconcordanța dintre datele înscrise în FOCG și serviciile efectuate în realitate, codificări care nu respectă reglementările în vigoare și orice alte situații de acest fel), constatate în urma controalelor efectuate la spital de către casele de asigurări de sănătate, pot fi contestate de spital și se soluționează prin intermediul comisiei de analiză, convocată la inițiativa spitalului.

#### 2. Aspecte tehnice

##### 2.1. Clasificarea regulilor de validare

Regulile de validare sunt clasificate în două grupe, în funcție de posibilitatea supunerii datelor respective spre evaluare de către comisia de analiză:

— grupa A — reguli pentru care datele respective nu pot fi supuse evaluării;

— grupa B — reguli pentru care datele respective pot fi supuse evaluării.

De exemplu:

— un caz cu vârsta negativă va fi invalidat pe regula A05, dar datele care au determinat invalidarea (data nașterii și data internării) nu pot fi supuse evaluării de către comisia de analiză, ci ele trebuie verificate și corectate de spital;

— un caz pentru care nu a fost înregistrat CNP va fi invalidat pe regula B03, dar cauza invalidării (lipsa CNP) poate fi supusă evaluării de către comisia de analiză și, în situația în care spitalul prezintă o justificare pertinentă pentru lipsa acestuia, comisia de analiză poate aviza cazul pe regula respectivă;

— un caz invalidat pe regula B12 poate fi supus evaluării de către comisia de analiză și, în situația în care se constată că procedura de intubație s-a realizat anterior sau ulterior intervenției chirurgicale (nu este asociată anesteziei generale), pentru alte complicații ale cazului, comisia de analiză poate aviza cazul pe regula respectivă.

Observație: Avizul de revalidare se referă la caz și nu la regulile de validare, ceea ce înseamnă că avizul de revalidare nu se poate da decât atunci când cazul este avizat pe toate regulile de tip B. Concret, dacă un caz este invalidat pe mai multe reguli de tip B, iar pe cel puțin una dintre aceste reguli cazul nu primește un aviz favorabil, acesta nu va fi avizat pentru revalidare și, implicit, el nu va mai fi retransmis către SNSPMPDSB.

##### 2.2. Proceduri

Spitalul poate acționa după cum urmează:

###### a) Pentru cazurile invalidate la SNSPMPDSB

Intervenția spitalului asupra datelor cazurilor invalidate trebuie să țină cont de următoarele reguli:

— datele care vor fi corectate sunt cele care au încălcat regulile din grupa A;

— datele pentru care se poate cere avizul casei de asigurări de sănătate în vederea revalidării sunt cele care au încălcat regulile din grupa B. Cererea avizului de revalidare presupune ca datele respective să nu fie modificate.

Deoarece un caz invalidat poate avea date incorecte care trebuie corectate și/sau date corecte pentru care se va cere avizul de revalidare, înseamnă că există 3 situații:

1. Cazul invalidat are exclusiv date incorecte.

În această situație se corectează datele respective și se retransmite cazul cu corecturile efectuate la SNSPMPDSB.

2. Cazul invalidat are exclusiv date corecte.

În această situație nu se fac niciun fel de modificări și se cere avizul de revalidare.

Dacă avizul este nefavorabil, cazul nu se va mai retransmite la SNSPMPDSB.

Dacă avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca „Cerere de validare” la SNSPMPDSB.

3. Cazul invalidat are atât date incorecte, cât și date corecte.

În această situație se corectează datele incorecte și se cere avizul de revalidare pentru datele corecte (fără a se face niciun fel de modificări pe acestea).

Dacă avizul este nefavorabil, cazul nu se va mai retransmite la SNSPMPDSB.

Dacă avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca „Cerere de validare” la SNSPMPDSB.

Observații:

— Retransmiterea unui caz cu modificări efectuate nu asigură validarea lui decât dacă modificările au corectat eroarea. De exemplu, dacă se modifică un cod de diagnostic eronat cu alt cod de diagnostic tot eronat, cazul va fi din nou invalidat.

— Retransmiterea unui caz cu date corectate nu asigură validarea lui decât pe regulile corespunzătoare acelor date. De exemplu, dacă pentru un caz invalidat pe regulile A03 și A05 se corectează eroarea referitoare la data intervenției chirurgicale principale, dar nu și eroarea referitoare la vârstă (sau invers), cazul va fi din nou invalidat.

Spitalul .....

Către: medicul-șef al Casei de Asigurări de Sănătate .....

Lista cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea prin Comisia de analiză, conform Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....

Nr. crt. ....

Cod spital .....

Secția .....

Nr. FOCG .....

Data externării pacientului .....

Reguli pentru care se solicită validarea\*) .....

Motivul pentru care se solicită validarea .....

Data .....

*Director general,*

.....

(semnătura și ștampila)

\*) Se va nota în câte un rând separat fiecare regulă pentru care se solicită revalidarea.

Medicul-șef din cadrul casei de asigurări de sănătate are obligația de a organiza o întâlnire a comisiei de analiză în termen de maximum 10 zile de la primirea înștiințării de la spital. Modalitatea practică de evaluare a cazurilor externate este decisă de comisia de analiză și va consta, după caz, în:

— evaluarea dosarelor medicale originale, prin vizitarea spitalelor vizate;

— evaluarea cazurilor pe baza dosarelor trimise de spitale (copie de pe dosarul medical al pacienților invalidați).

Informațiile urmărite în evaluare de către comisia de analiză includ:

— motivul internării;

— diagnosticele principale și secundare, acordându-se atenție relației dintre acestea atât din punct de vedere medical, cât și din punctul de vedere al cronologiei acestora;

— „Cererea de validare” are efect doar pe regulile din grupa B. Dacă invalidarea cazului s-a produs și pe alte reguli, retransmiterea ca „Cerere de validare” fără corectarea celorlalte cauze de invalidare se va solda tot cu invalidarea cazului.

b) Pentru cazurile invalidate la solicitarea casei de asigurări de sănătate

În situația în care în urma evaluării cazurilor respective de către casa de asigurări de sănătate/comisia de analiză se decide modificarea/anularea acestora, spitalul le va retransmite la SNSPMPDSB astfel: cazurile care trebuie anulate se vor transmite ca „Anulat”, iar cazurile care trebuie modificate se vor retransmite ca „Anulat și retransmis”.

Spitalele trebuie să transmită înregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMPDSB cu ocazia următoarei regularizări trimestriale pentru anul în curs. Pentru cazurile aferente anului precedent, spitalele trebuie să transmită înregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMPDSB, la termenele prevăzute în prezentul ordin.

SNSPMPDSB va genera către spital și casa de asigurări de sănătate un raport cu clasificarea grupelor de diagnostic a acestor cazuri.

**3. Obținerea avizului de revalidare prin comisia de analiză a cazurilor invalidate la SNSPMPDSB**

Primul pas în obținerea avizului de revalidare îl constituie sesizarea de către spital a medicului-șef din cadrul caselor de asigurări de sănătate, pe baza modelului prezentat mai jos:

— secția/secțiile în care a fost îngrijit și din care a fost externat pacientul;

— motivul externării;

— intervențiile chirurgicale — tipul acestora, eventualele complicații;

— alte informații pe care comisia de analiză le consideră utile.

Analiza fiecărui caz se încheie cu un raport scris al comisiei de analiză, în care sunt menționate argumentele care au condus la avizarea sau neavizarea cazului, raport semnat de toți membrii comisiei care au participat la evaluarea cazului respectiv. Raportul va fi elaborat în două exemplare, pentru spital și, respectiv, pentru casa de asigurări de sănătate, și va conține în mod explicit decizia de avizare sau neavizare pentru revalidare a fiecărui caz.

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**ORDIN**

**pentru modificarea Ordinului 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**

Având în vedere:

- Referatul de aprobare nr. P.N./789/J.A./2.893 din 29 aprilie 2010 al Direcției programe naționale și al Direcției juridic, contencios și acorduri internaționale;
  - 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, 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;
- în temeiul dispozițiilor art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

**Art. I.** — 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, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 519 din 10 iulie 2008, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

**1. Anexa nr. 1 se modifică și se înlocuiește conform anexei nr. 1, care face parte integrantă din prezentul ordin.**

**2. Anexa nr. 2 se modifică și se înlocuiește conform anexei nr. 2, care face parte integrantă din prezentul ordin.**

**Art. II.** — Direcțiile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și furnizorii de servicii medicale de dializă care intră în contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

**Art. III.** — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Nicolae Lucian Duță**

București, 29 aprilie 2010.  
Nr. 452.

*ANEXA Nr. 1*  
*(Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 438/2008)*

**ADEZIUNEA PACIENTULUI**

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

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

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

Data

Semnătura pacientului

.....

.....

\* În această situație adeziunea va fi însoțită de referatul medical elaborat de medicul șef al centrului de dializă, din care să rezulte că sunt îndeplinite criteriile medicale aprobate prin 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, cu modificările și completările ulterioare, cu menționarea expresă a acestor criterii de includere. Referatul medical poate fi întocmit pentru maximum 7% din totalul bolnavilor tratați în centru și incluși în contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

**C O N T R A C T**  
**pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu**  
**între Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) și .....**

**Părțile contractante:**

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), cu sediul în municipiul București, Calea Călărașilor nr. 248, sectorul 3, cont nr. RO02TREZ70027660520XXXXX, deschis la Activitatea de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București, cod fiscal nr. 11697800, reprezentată legal prin președinte

și

..... (Furnizorul), cu sediul în ....., cont nr. ...., deschis la ....., cod unic de înregistrare nr. ...., reprezentată legal prin .....

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;

— anexa B — Descrierea centrului.

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 suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică” contractați

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

Serviciul	Volumul contractat estimat	Valoarea contractată estimată — lei —
Nr. bolnavi pentru hemodializă convențională		
Nr. ședințe de hemodializă convențională		
Nr. bolnavi pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line		
Nr. ședințe de hemodiafiltrare intermitentă on-line		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală continuă		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală automată		

Valoarea totală a contractului pentru perioada ..... este de ..... lei, calculată la tarifele prevăzute la clauzele 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 și 6.1.4, respectiv 472 lei/ședința de hemodializă convențională, 536 lei/ședința de hemodiafiltrare intermitentă on-line, 50.800 lei pentru dializa peritoneală continuă — tarif/pacient/an și 63.500 lei pentru dializa peritoneală automată — tarif/pacient/an.

## 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 plăți, conform clauzei 6.4.

C. 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 CNAS 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 suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, pentru efectuarea dializei în centru, Furnizorul va notifica CNAS despre aceste solicitări, va preciza că este un bolnav nou-introdus pe un post vacantat prin ieșirea din



Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică (transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire din program), 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 CNAS 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 suplere 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 CNAS despre aceste situații justificate. Actul adițional pentru aceste situații se încheie în urma analizei de la nivelul CNAS privind încadrarea în limita numărului de pacienți cuprinși în Programul național de suplere 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 CNAS nu va deconta serviciile prestate de Furnizor pentru pacienții existenți în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică de la care a primit noi adeziuni.

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

#### PARTEA a 2-a

### Prevederi operaționale

#### 1. Definiții

1.1. În scopul interpretării prezentului contract:

*Caz de forță majoră* înseamnă orice eveniment 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, invazii, blocate 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.

*Garanția de bună execuție* înseamnă o garanție constituită de către Furnizor în favoarea CNAS pentru îndeplinirea serviciilor conform prezentului contract, sub formă de: (i) depozit în numerar într-un cont în lei în favoarea CNAS, la o bancă comercială română sau o bancă comercială internațională având o sucursală în România, acceptabilă pentru CNAS; (ii) scrisoare de garanție bancară necondiționată, irevocabilă, independentă și plătită la prima cerere, fără beneficiul de

discuțiune și diviziune, într-o formă rezonabil acceptabilă pentru CNAS, emisă de o bancă comercială înregistrată în România sau de o bancă comercială internațională având o sucursală în România, acceptabilă pentru CNAS; sau (iii) orice modalitate care să îmbine cele prezentate mai sus, valabilă pe durata contractului și reînnoită pentru orice modificare apărută în derularea acestuia și pe o durată de 30 de zile de la data încetării prezentului contract, în cuantum de 5% din valoarea estimată a serviciilor de dializă pentru perioada respectivă, în valoare de ..... lei.

*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 sanitară și retur, excepție făcând copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și persoanele cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și 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 plătit de către CNAS 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.

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

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

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

- a) prezențele clauze, incluse în această parte a 2-a;
- b) toate celelalte părți, în ordinea numerotării.

## 2. Durata contractului

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

2.2. Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare și până la ..... 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 CNAS 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. Furnizorul i se solicită să furnizeze servicii în Centrul ....., cu sediul în .....

## 5. Obligațiile părților

### 5.1. Furnizorul:

a) va depune toată diligențele 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 suplere 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 cardului 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 CNAS despre orice modificare a datelor privind Furnizorul așa cum au fost trimise către CNAS;

p) va informa pacienții cu privire la pachetul de servicii de bază și la obligațiile sale în relație contractuală cu CNAS, 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 CNAS 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.

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

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 ..... și cu aprobarea CNAS.

5.3. CNAS, prin reprezentanții săi, respectiv casele de asigurări de sănătate:

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, CNAS 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 maximumului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui CNAS.

6.1.2. Pentru bolnavii care sunt supuși tratamentului de hemodiafiltrare intermitentă on-line, CNAS 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 maximumului 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, CNAS 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, CNAS 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 hemodializa și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificil de aplicat din punct de vedere tehnic și cu multiple posibile accidente și complicații;

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

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

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

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

6.1.5. Furnizorul ia la 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/domiciliul pacienților dializați peritoneal (continuu sau automat), respectiv transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați (hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) de la/domiciliul asiguratului, și nicio altă plată suplimentară nu va fi făcută de către CNAS.

6.1.6. CNAS va plăti tariful contractual pentru serviciile furnizate bolnavilor asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate și cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică. Tariful pentru hemodializă include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv cheltuielile pentru medicamente [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigații de laborator, materiale sanitare specifice, precum și transportul dializaților de la domiciliul acestora până la centrul de dializă și retur, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0—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 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 eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigațiilor de laborator, materialelor sanitare specifice, precum și transportului lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare la domiciliul 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  $\geq 25\%$ , 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 suplere 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 CNAS. 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 (iiii) 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/ $365 \times$  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  $\times$  numărul de zile în care s-a efectuat dializa peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an/ $365 \times$  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, care o vor transmite CNAS în 4 zile lucrătoare. CNAS va notifica în scris observațiile sale în 5 zile lucrătoare de la primirea în original și validarea declarației de servicii lunare de la casele de asigurări de sănătate. Furnizorul va emite o factură în lei pentru suma prevăzută în notificarea transmisă de CNAS. În termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii facturii, CNAS va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului, potrivit indicațiilor de pe factura emisă de acesta.

6.2.3. Pentru nerespectarea termenelor de plată, CNAS va plăti majorări de întârziere pentru fiecare zi de întârziere, egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

6.2.4. 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 CNAS 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 plăților făcute de către CNAS

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

6.4.2. Plata totală maximă efectuată de către CNAS 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, CNAS va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat.

## 6.5. Interzicerea plăților neoficiale

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

## 7. Garanția de bună execuție

Pe durata prezentului contract, precum și pentru o perioadă de 30 de zile calendaristice după data încetării contractului, Furnizorul va menține în vigoare și pentru întreaga sumă garanția de bună execuție, indiferent dacă CNAS a înaintat sau nu cereri de plată în baza acestei garanții de bună execuție. CNAS poate înainta cereri de plată în baza acestei garanții de bună execuție pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale de către Furnizor. CNAS va notifica Furnizorului în scris, cu 5 zile

înainte de emiterea cererii de plată, Furnizorul având la dispoziție 30 de zile calendaristice pentru a remedia încălcarea.

### 8. Despăgubiri

8.1. Furnizorul despăgubește CNAS, precum și directorii, angajații, și asigurații CNAS împotriva oricărei pretenții rezultând din toate acțiunile, procedurile, litigiile, reclamațiile și cererile, de orice natură, incluzând, dar fără a se limita la orice pretenție, obligație, pierdere sau prejudiciu cu privire la:

a) rănirea sau moartea oricărei persoane; și

b) pierderea sau prejudicierea oricărei proprietăți,

rezultând în orice mod din încălcarea de către Furnizor a obligațiilor sale din prezentul contract, ca urmare a unei acțiuni sau omisiuni cu intenție ori din neglijență sau a oricărei acțiuni contrare legii a Furnizorului ori a oricărui membru al personalului salarizat sau contractat de către Furnizor în cursul furnizării serviciilor.

8.2. Despăgubirile prevăzute în prezenta clauză 8 nu sunt prevăzute cu scopul de a înlocui sau de a limita orice drept al CNAS, angajaților acestuia sau al pacienților de a cere orice despăgubire sau contribuție.

8.3. Despăgubirile prevăzute în prezenta clauză 8 au caracter permanent și sunt separate și independente de celelalte obligații ale părților și, de asemenea, subzistă încetării prezentului contract.

8.4. Furnizorul trebuie să îndeplinească și să respecte toate obligațiile și cerințele legale în legătură cu statutul său și cu angajații săi, incluzând, dar fără a se limita la plata tuturor taxelor, salariilor și îndatoririlor, precum și obținerea și menținerea în vigoare a tuturor asigurărilor necesare.

### 9. Asigurare

9.1. De la data intrării în vigoare, Furnizorul va încheia o poliță de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puțin ..... 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 încetării.

9.2. 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.

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

9.4. 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.

### 10. Încetarea și forța majoră

#### Denunțare unilaterală

10.1. CNAS poate înceta prezentul contract în orice moment și la discreția sa prin trimiterea către Furnizor a unei notificări scrise cu șaiszeci (60) de zile calendaristice înainte de încetarea prezentului contract, contractul fiind desființat de drept fără a mai fi necesară punerea în întârziere și fără îndeplinirea vreunei alte formalități prealabile.

#### Încetarea de către CNAS

10.2. CNAS 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 CNAS 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 remediare sau încetare, CNAS are dreptul să deducă din sumele datorate Furnizorului pentru servicii penalități pe zi egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

10.3. CNAS 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 sanitară 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 10.3 sunt suplimentare față de orice alte drepturi și pot fi exercitate chiar dacă nu a avut loc nicio încălcare a prezentului contract.

#### Încetarea de către Furnizor

10.4. Furnizorul poate înceta prezentul contract prin notificare către CNAS dacă:

a) CNAS nu a efectuat plata, prin încălcarea clauzei 6, în termen de 60 de zile calendaristice de la data la care factura a fost emisă de către Furnizor; și

b) încălcarea prevăzută la lit. a) nu este remediată în termen de 60 de zile calendaristice de la data primirii notificării de la Furnizor, contractul fiind desființat de drept fără a mai fi necesară punerea în întârziere și fără îndeplinirea vreunei alte formalități prealabile.

#### Obligațiile Furnizorului la încetarea contractului

10.5. Imediat, odată cu încetarea prezentului contract, Furnizorul:

a) va lua toate măsurile pentru a diminua orice pierdere rezultată din încetare; și

b) va livra către CNAS orice documentație pusă la dispoziția Furnizorului de către CNAS 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 CNAS, 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.

#### Plata la încetarea contractului

10.6. Dacă CNAS încetează prezentul contract conform clauzei 10.1 sau Furnizorul încetează prezentul contract conform clauzei 10.4, CNAS va fi răspunzătoare doar pentru plata serviciilor prestate până la data încetării.

10.7. Dacă CNAS încetează prezentul contract conform clauzei 10.2 sau clauzei 10.3, CNAS va fi răspunzătoare doar pentru plata serviciilor prestate până la data încetării. Pentru costurile suportate de către CNAS în legătură cu încetarea prezentului contract, CNAS va executa garanția de bună execuție.

#### Condiții suspensive aplicabile plății la încetarea contractului

10.8. 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.

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

**Forța majoră**

10.10. Un caz de forță majoră exonerează de răspundere partea care îl invocă, cu condiția ca cealaltă parte să fie informată în termen de 5 zile lucrătoare de la data la care un astfel de eveniment a apărut. Fiecare parte are dreptul să solicite părții care invocă un caz de forță majoră să prezinte un certificat emis de Camera de Comerț și Industrie a României și/sau de orice altă autoritate competentă, în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii notificării de la Furnizor cu privire la cazul de forță majoră. 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 CNAS, în vederea luării măsurilor ce se impun pentru continuitatea serviciilor.

10.11. 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 cealaltă parte.

**Continuitatea serviciilor**

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

**11. Confidențialitate**

11.1. 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.

11.2. 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.

11.3. 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, altfel decât ca rezultat al încălcării prezentului contract;
- (iii) este cerută a fi dezvăluită de către o autoritate publică competentă.

**12. Notificări**

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

a) va fi înmănată 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.

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

**13. Integralitatea contractului**

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

**14. Cesiunea sau subcontractarea**

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

14.2. Sub rezerva acordului scris prealabil al CNAS, cesionarul trebuie să îndeplinească toate condițiile asumate de către Furnizor.

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

**15. 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.

**16. 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 aceluși termen, acelei condiții sau obligații din contract.

**17. Modificarea contractului**

17.1. 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.

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

**18. Legea aplicabilă**

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

**19. Soluționarea litigiilor**

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

19.2. În cazul apariției unei litigiu, partea reclamantă trebuie să notifice în scris, iar litigiul va fi supus spre soluționare directorului general al Furnizorului și președintelui CNAS.

19.3. 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).

19.4. 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 judecătorești competente, cu acțiune în anulare.

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

**20. Dispoziții finale**

20.1. 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 bolnavi tratați temporar, potrivit normelor legale în vigoare.

20.2. 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, ....., în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Președinte,*

.....

*Director general,*

.....

Direcția generală relații cu furnizorii

*Director general adjunct,*

.....

Direcția generală evaluare

*Director general adjunct — medic-șef,*

.....

Direcția programe naționale

*Director,*

.....

Direcția evaluare furnizori

*Director,*

.....

Aviz de legalitate

Direcția juridic, contencios

și acorduri internaționale

*Director,*

.....

FURNIZOR

.....

*Reprezentant legal,*

.....

**Condiții suspensive**

ANEXA A

**Descrierea centrului**

[a se introduce planul centrului]

ANEXA B

**ABONAMENTE LA PUBLICAȚIILE OFICIALE PE SUPORT FIZIC**  
**— Prețuri pentru anul 2010 —**

Nr. crt.	Denumirea publicației	Număr de apariții anuale	Valoare (TVA 9% inclus) — lei		
			12 luni	3 luni	1 lună
1.	Monitorul Oficial, Partea I	900	1.200	330	120
2.	Monitorul Oficial, Partea I, limba maghiară	100	1.500		140
3.	Monitorul Oficial, Partea a II-a	200	2.250		200
4.	Monitorul Oficial, Partea a III-a	500	430		40
5.	Monitorul Oficial, Partea a IV-a	6.000	1.720		160
6.	Monitorul Oficial, Partea a VI-a	240	1.600		150
7.	Monitorul Oficial, Partea a VII-a	48	540		50
8.	Colecția Legislația României	4	450	120	
9.	Colecția Hotărâri ale Guvernului României	12	750		70

NOTĂ:

Monitorul Oficial, Partea I bis, se multiplică și se achiziționează pe bază de comandă.

**ABONAMENTE LA PRODUSELE ÎN FORMAT ELECTRONIC**  
**— Prețuri pentru anul 2010 —**

Produs	Abonamentul FLEXIBIL (Monitorul Oficial, Partea I + alte 3 părți ale Monitorului Oficial, la alegere)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	40	100	250	600	1.320	400	1.000	2.500	6.000	13.200
ExpertMO	90	230	580	1.390	3.060	900	2.250	5.630	13.510	29.720

Produs	Abonamentul COMPLET (Monitorul Oficial, Partea I + toate celelalte părți ale Monitorului Oficial)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	50	130	330	790	1.740	500	1.250	3.130	7.510	16.520
ExpertMO	110	280	700	1.680	3.700	1.100	2.750	6.880	16.510	36.320

Prețurile sunt exprimate în lei și conțin TVA.

Mai multe informații puteți găsi pe site-ul [www.expert-monitor.ro](http://www.expert-monitor.ro), unde puteți aplica on-line comanda.

**EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR**



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,  
 IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București  
 și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București  
 (alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: [marketing@ramo.ro](mailto:marketing@ramo.ro), internet: [www.monitoruloficial.ro](http://www.monitoruloficial.ro)

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,  
 bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

