NR. 2376 / 20.04.2018

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative
31/2018

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate Prahova, cu sediul în municipiul Ploiesti, str. Praga, nr. 1, judeţul Prahova, telefon 0244 594600, fax 0244 511443, e-mail info@casph.mmc.ro, reprezentată prin preşedinte - director general Maguleanu Catalin,

şi

- Ambulatoriul integrat din structura SPITALULUI ORASENESC SINAIA, reprezentat prin MIU-GRIGORESCU MARIANA, având sediul în municipiul/oraşul Sinaia, str. Spitalului nr. 2 , judeţul/sectorul PRAHOVA, telefon 0244 311951, fax 0244 313046, e-mail spitalsinaia@yahoo.com.

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative, conform Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019, şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

Art. 2. - Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative acordă asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază şi în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018 în următoarele specialităţi şi competenţe/atestate de studii complementare - pentru acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative:

1) MEDICINA INTERNA;

2) NEUROLOGIE;

3) PEDIATRIE;

4) PSIHIATRIE;

5) CHIRURGIE GENERALA;

6) OBSTETRICA-GINECOLOGIE.

Art. 3. - Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative se face de către următorii medici:

1. ŢIMBALOV AUGUSTIN-MARIUS;

2. ROŞCA ANDREEA;

3. FRUNZĂ MARIANA-CAMELIA;

4. ENE ADRIAN;

5. BĂRBUŢĂ SEVERIUS;

6. VÎLCEANU MARILENA;

7. LADICO-MANCIU SIMONA-MIHAELA;

8. CORNEA CĂTĂLINA-IOANA;

9. BONCOI ION BOGDAN;

10. ŞERBAN-CODREŞI RAMONA-CARMEN;

11. CIOBAN MIHAELA-CRISTINA.

IV. Durata contractului

Art. 4. - Prezentul contract este valabil de la data de 01-05-2018 până la 31-12- 2018.

Art. 5. - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 140/2018.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă public, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și/sau prin poșta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 196 alin. (1) din Anexa nr.2 la H.G. nr. 140/2018 furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

g) să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau in drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertismentele emise de Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate;

i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

j) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afişare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi numărul total de puncte la nivel naţional realizat trimestrial, prin afişare pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

l) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

m) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, de acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate de medici conform specialităţii clinice şi competenţei/atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/2018

n) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical şi tarif pe serviciu medical consultaţie/caz, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

o) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

Art. 7. - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

a) să informeze asiguraţii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afisare intr-un loc vizibil),

2. pachetul de servicii minimal şi de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice și prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope - conform prevederilor legale in vigoare şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialităţile clinice eliberează scrisoare medicala pentru urgenţele medico-chirurgicale şi pentru bolile cu potenţial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

3. prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală , pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

e) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările

ulterioare; În situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute in HG nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

k) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

m) să completeze/ să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia.

n) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

o) să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, precum şi a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice se stabileşte prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

p) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/2018;

q) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;

r) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale

ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

s) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ş) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

t) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ţ) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

u) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază şi pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile lit. ţ) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

v) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum şi daune sănătăţii propriei persoane, din culpă - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

w) începând cu 1 iulie 2018 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

x) să finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligaţii conduce la reţinerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligației.

VI. Modalităţi de plată

Art. 8. - (1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, şi tarif pe serviciu medical – consultaţie/caz exprimat în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe ţară; pentru anul 2018 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 2,8 lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/2018.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 se ajustează în funcţie de:

a) condiţiile în care se desfăşoară activitatea, cu 0%*)

b) gradul profesional medic primar 20%.

(5) a) Tariful pe consultaţie de acupunctură este de ..... lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de ..... lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultaţiile şi serviciile medicale - caz de acupunctură este de ..... lei şi se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare.

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este ..... lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei, din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(7) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical – caz pentru servicii medicale de acupunctură se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/2018.

(8) Tariful pentru serviciile medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic este:

- ..... (denumire serviciu) ..... lei
- ..... (denumire serviciu) ..... lei
- .....

(9) Valoarea contractului serviciilor medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic este de ..... lei și se suportă din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este ..... lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei, din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(10) Plata serviciilor medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

---

*) În condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie.

Art. 9. - (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale şi casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate,pana la data de 10.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură şi pe consultaţie, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de ....

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat ..... lei x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărţind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate şi raportate în luna respectivă.

În situaţia în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activităţii realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(3) Decontarea lunară a serviciilor medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se face pe baza numărului de servicii medicale/cazuri şi a tarifului pe serviciu/caz, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la unii furnizori se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate faţă de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii reîntregesc sumele alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(4) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic de specialitate din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

1) Medic
Nume: ŢIMBALOV Prenume: AUGUSTIN-MARIUS
Grad profesional: MEDIC PRIMAR
Specialitatea: OBSTETRICA-GINECOLOGIE
Cod numeric personal: 1590903296186/40106872934592813440
Codul medicului: 572876
Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Marti	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Miercuri	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Joi	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Vineri	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

2) Medic
Nume: ROŞCA Prenume: ANDREEA
Grad profesional: MEDIC SPECIALIST
Specialitatea: OBSTETRICA-GINECOLOGIE
Cod numeric personal: 2841204076439/40427282102548631721
Codul medicului: E51306
Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	11:00-14:00	11:00-14:00	-	-
Marti	11:00-14:00	11:00-14:00	-	-
Miercuri	11:00-14:00	11:00-14:00	-	-
Joi	-	-	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

3) Medic
Nume: FRUNZĂ Prenume: MARIANA-CAMELIA
Grad profesional: MEDIC SPECIALIST
Specialitatea: MEDICINA INTERNA
Cod numeric personal: 2860218280866/40149508044133333276
Codul medicului: B74331
Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	12:00-14:00	12:00-14:00	-	-
Marti	-	-	-	-
Miercuri	-	-	-	-
Joi	08:00-10:00	08:00-10:00	-	-
Vineri	08:00-10:00	08:00-10:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

4) Medic
Nume: ENE Prenume: ADRIAN
Grad profesional: MEDIC PRIMAR
Specialitatea: MEDICINA INTERNA
Cod numeric personal: 1630725293099/40174833788825917544
Codul medicului: 753885
Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-12:00	08:00-12:00	-	-
Marti	11:00-14:00	11:00-14:00	-	-
Miercuri	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Joi	-	-	-	-
Vineri	10:00-14:00	10:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

5) Medic
Nume: BĂRBUŢĂ Prenume: SEVERIUS
Grad profesional: MEDIC PRIMAR
Specialitatea: CHIRURGIE GENERALA
Cod numeric personal: 1720126270610/40058868493741417529
Codul medicului: 883545
Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Marti	11:00-14:00	11:00-14:00	-	-
Miercuri	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Joi	11:00-14:00	11:00-14:00	-	-
Vineri	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

6) Medic
Nume: VÎLCEANU Prenume: MARILENA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR
Specialitatea: MEDICINA INTERNA
Cod numeric personal: 2710103296186/40136399808044522480
Codul medicului: 755310
Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	-	-	-	-
Marti	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Miercuri	11:00-14:00	11:00-14:00	-	-
Joi	10:00-14:00	10:00-14:00	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

7) Medic
Nume: LADICO-MANCIU Prenume: SIMONA-MIHAELA
Grad profesional: MEDIC PRIMAR
Specialitatea: CHIRURGIE GENERALA
Cod numeric personal: 2750202354755/40164121067305589092
Codul medicului: 924265
Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	11:00-14:00	11:00-14:00	-	-
Marti	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Miercuri	11:00-14:00	11:00-14:00	-	-
Joi	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Vineri	11:00-14:00	11:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

8) Medic
Nume: CORNEA Prenume: CĂTĂLINA-IOANA
Grad profesional: MEDIC SPECIALIST
Specialitatea: NEUROLOGIE
Cod numeric personal: 2730328293111/40541390098199530904
Codul medicului: B70064
Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	09:00-16:00	09:00-16:00	-	-
Marti	09:00-16:00	09:00-16:00	-	-
Miercuri	09:00-16:00	09:00-16:00	-	-
Joi	09:00-16:00	09:00-16:00	-	-
Vineri	09:00-16:00	09:00-16:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

9) Medic
Nume: BONCOI Prenume: ION BOGDAN
Grad profesional: MEDIC PRIMAR
Specialitatea: PSIHIATRIE
Cod numeric personal: 1780607296180/40367292038260740597
Codul medicului: B51658
Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	07:30-17:30	07:30-17:30	-	-
Marti	07:30-17:30	07:30-17:30	-	-
Miercuri	07:30-17:30	07:30-17:30	-	-
Joi	07:30-17:30	07:30-17:30	-	-
Vineri	07:30-15:30	07:30-15:30	-	-

Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

10) Medic
Nume: ŞERBAN-CODREŞI Prenume: RAMONA-CARMEN
Grad profesional: MEDIC SPECIALIST
Specialitatea: PEDIATRIE
Cod numeric personal: 2780130163243/40259680275636320194
Codul medicului: D40093
Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-
Marti	08:00-11:30	08:00-11:30	-	-
Miercuri	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-
Joi	08:00-11:30	08:00-11:30	-	-
Vineri	08:00-11:30	08:00-11:30	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

11) Medic
Nume: CIOBAN Prenume: MIHAELA-CRISTINA
Grad profesional: MEDIC SPECIALIST
Specialitatea: PEDIATRIE
Cod numeric personal: 2830706297279/40138127588968407959
Codul medicului: B73281
Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-11:30	08:00-11:30	-	-
Marti	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-
Miercuri	08:00-11:30	08:00-11:30	-	-
Joi	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-
Vineri	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

---

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului şi al cabinetelor de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale organizate în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat şi în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 10. - Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 11. - Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

Art. 12. - Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

IX. Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractului

Art. 13. - (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic –caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic –caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a) pct. 1 și pct. 2, lit. c) pct. 1 – 3, lit. d), lit. g), lit. i), lit. k) - m), lit. p) - ș), lit. v), lit. w) precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/2018 sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic – caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic – caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(3) În cazul în care se constată în derularea contractului, de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. o) şi/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii şi se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură /contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic – caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. f), lit. h), lit. n) și lit. t), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic – caz pentru luna în care s-au produs aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic – caz pentru luna în care s-au produs aceste situaţii.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit.t) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii

sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

Art. 14. - Contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială, acupunctură și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă fmanciar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 27 alin. (3) din anexa 2 la H.G. nr. 140/2018,

i) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1) - (4).

Art. 15. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condiţiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 16 alin.(1) lit. a) - cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Art. 16. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. a) - d) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestora;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie.

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR / membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul / personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract pentru serviciile de acupunctură sau pentru serviciile medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de acupunctură sau serviciile medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic.

Art. 17. - (1) Situaţiile prevăzute la art. 14 şi la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

Art. 18. - (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XI. Modificarea contractului

Art. 19. - În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Art. 20. - Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu este element de negociere între părţi.

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

Art. 22. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin 5 zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XII. Soluţionarea litigiilor

Art. 23. - (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

1.Incepand cu data de **25 mai 2018**, furnizorul este obligat sa respecte **Regulamentul (UE) nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date si de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protectia datelor).**

2.Programul de lucru al furnizorului:

Program de lucru in contract cu casa de asigurari de sanatate						
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica
07.00-18.00	07.00-18.00	07.00-18.00	07.00-18.00	07.00-18.00	-	-

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 20.04.2018, în două exemplare a câte14 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PRAHOVA

Preşedinte - director general,
Maguleanu Catalin

Director Exec. Dir. Economica,
Oncel Eliza

Director Exec. Dir. Relaţii Contractuale,
Stoea Catalin

Sef Serviciu ECFSMFDM,
Dridea Mihaela

Vizat
Comp. Juridic, Contencios, Purtator de cuvant

Intocmit,
Anastasescu Liliana

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE SPITALUL ORASENESC SINAIA

Reprezentant legal,
MIU-GRIGORESCU MARIANA