

**CONTRACT**

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice  
46 / 2021

**I. Părțile contractante**

Casa de asigurări de sănătate CAS Prahova, cu sediul în municipiul/orașul Ploiești str. Praga nr. 1, județul/sectorul PRAHOVA , telefon 0244 594 600/fax 0244 511 443, reprezentată prin Director general OCTAVIAN-CĂTĂLIN MĂGULEANU,

și  
Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată:

- laboratorul individual SPITALUL ORASENESCU SINAIA, reprezentat prin medicul titular MIU-GRIGORESCU MARIANA;

având sediul în municipiul/orașul Sinaia, str. Spitalului nr. 2 , județul/sectorul PRAHOVA, telefon 0244 311951, fax telefon 0244 313046, e-mail telefon spitalsinaia@yahoo.com;

**II. Obiectul contractului****ART. 1**

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021.

**III. Serviciile medicale de specialitate furnizate****ART. 2**

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, în specialitățile.

a) MEDICINA DE LABORATOR;

b) RADIOLOGIE-IMAGISTICA MEDICALA;

**ART. 3**

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic

Nume: SAVIN Prenume: MIHAI-LAURENȚIU

Specialitatea: MEDICINA DE LABORATOR

Cod numeric personal/Cod de identificare:

Codul de parafă al medicului: A20407

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet	
	Impară	Pară
Luni	07:00-14:00	07:00-14:00
Marti	13:00-20:00	13:00-20:00
Miercuri	07:00-14:00	07:00-14:00
Joi	07:00-14:00	07:00-14:00
Vineri	-	-
Sambata	07:00-14:00	07:00-14:00
Duminica	-	-

b) Medic

Nume: PALADOIU Prenume: GHEORGHE

Specialitatea: RADIOLOGIE-IMAGISTICA MEDICALA

Cod numeric personal/Cod de identificare:

Codul de parafă al medicului: D66298

Program de lucru:

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

c) Medic

Nume: DOBRE Prenume: ȘERBAN

Specialitatea: MEDICINA DE LABORATOR

Cod numeric personal/Cod de identificare:

Codul de parafă al medicului: F25425

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet	
	Impară	Pară
Luni	13:00-20:00	13:00-20:00
Marti	07:00-14:00	07:00-14:00
Miercuri	-	-
Joi	13:00-20:00	13:00-20:00
Vineri	07:00-14:00	07:00-14:00
Sambata	07:00-14:00	07:00-14:00
Duminica	-	-

#### IV. Durata contractului

##### ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data de 01-08-2021 până la 31-12-2021.

##### ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 696/2021.

#### V. Obligațiile părților

##### A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

##### ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii; criteriile și punctajele aferente pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract sunt afișate de către casa de asigurări de sănătate în formatul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, în limita valorii de contract;

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

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 2 la H.G. nr. 696/2021, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale paraclinice, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de 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 Națională 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 Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și 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 decontării lunare, motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală precum și numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate din specialitățile clinice care au încheiat acte adiționale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

l) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

m) să deconteze investigațiile medicale paraclinice furnizorilor cu care se află în relație contractuală indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul și indiferent dacă medicul care a făcut recomandarea se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

n) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

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

p) să aducă la cunoștința casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a făcut recomandarea pentru investigații medicale paraclinice se află în relație contractuală situațiile în care nu au fost respectate prevederile legale în vigoare referitoare la recomandarea de investigații medicale paraclinice, în vederea aplicării sancțiunilor prevăzute contract, după caz.

## **B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice**

### **ART. 7**

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

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

2. pachetul de bază cu tarifele corespunzătoare; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație 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 Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde asiguraților serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

d) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile 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 permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

f) 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;

g) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității 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 și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

h) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

j) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și servicii/documente efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare investigației;

k) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

l) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

m) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate pentru fiecare laborator/punct de lucru pentru care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate;

n) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/29 aprilie 2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Furnizorul efectuează investigații paraclinice pe baza biletului de trimitere indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală medicul care l-a eliberat;

- o) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
- p) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro și au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică lunară corectă și actualizată pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;
- q) să asigure mentenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului SREN ISO 15189;
- r) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, analizele medicale prevăzute în pachetul de bază pentru care se solicită certificatul de acreditare sunt prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;
- s) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative din care să reiasă corelarea între tipul și cantitatea de reactivi achiziționați și toate analizele efectuate pe perioada controlată, atât în relație contractuală cât și în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Documentele justificative puse la dispoziția organelor de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fișe de evidență reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care să reiasă tipul-denumirea, cantitatea, număr lot cu termen de valabilitate, data intrării, data punerii în consum și ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționate conform facturilor și utilizați (te) în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, aceasta sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;
- ș) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal declarat și prevăzută în contract în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzută în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară în fiecare laborator de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzută în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomie patologică declarat și prevăzută în contract pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă/zi (6 ore);
- t) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis de ANMDMR, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;
- ț) să consimneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și intervalele biologice de referință ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189;
- u) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;
- v) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizați conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001;
- w) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura;
- x) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;
- y) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni conduce la rezilierea acestuia;
- z) să verifice calitatea de asigurare, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- aa) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările 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 și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurare cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (11) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;
- ab) să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate înregistrări ale controlului intern de calitate, nivel normal și patologic, care să dovedească efectuarea și validarea acestuia în conformitate cu cerințele standardului SR EN ISO 15189, pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept;
- ac) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. aa) 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 și acesta se împlinește 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 situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
- ad) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens 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 daune sănătății de către alte persoane - 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.

#### **VI. Modalități de plată**

##### **ART. 8**

Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei la tarifele prevăzute în anexa 17 și în condițiile prevăzute în anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021.

Lista serviciilor paraclinice contractate tip analize de laborator se găsește în anexa 1.

Lista serviciilor paraclinice de imagistică contractate se găsește în anexa 2.

Tarifele contractate nu pot fi mai mari decât cele prevăzute în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021.

Suma anuală contractată este 317.501,61 lei

din care:

- Suma aferentă trimestrului I 82.896,85 lei,

din care:

- luna I 25.787,67 lei

- luna II 28.373,55 lei

- luna III 28.735,63 lei

- Suma aferentă trimestrului II 85.517,38 lei ,

din care:

- luna IV 28.470,35 lei

- luna V 28.596,21 lei

- luna VI 28.450,82 lei

- Suma aferentă trimestrului III 127.304,03 lei ,

din care:

- luna VII 32.685,71 lei

- luna VIII 47.309,16 lei

- luna IX 47.309,16 lei

- Suma aferentă trimestrului IV 21.783,35 lei ,

din care:

- luna X 21.783,35 lei

- luna XI 0,00 lei

- luna XII 0,00 lei

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre și luni și se regularizează trimestrial..

##### **ART. 9**

Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative care se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de 5.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

#### **VII. Calitatea serviciilor medicale**

##### **ART. 10**

Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

#### **VIII. Răspunderea contractuală**

##### **ART. 11**

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

#### **IX. Clauze speciale**

##### **ART. 12**

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

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

##### **ART. 13**

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

#### **X. Sancțiuni, condiții de suspendare reziliere și încetare a contractului**

#### ART. 14

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract:

- a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), f), h), i), k) - m), o) - q), w), x), ad) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. n) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. e), j) și z) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(5) 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 efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu 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 efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

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 efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

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

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

#### ART. 15

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), k) și l) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021 cu condiția 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 valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora-pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), respectiv pentru o perioadă de maximum 90 de zile pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. k) și l);

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității 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 înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

e) în situația în care casa de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor;

f) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/membru OBBCSSR 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;

g) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații de absență a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de suspendare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează investigații medicale paraclinice efectuate în punctul/punctele de lucru pentru care operează suspendarea.

(5) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. g) pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea lunară de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.

#### ART. 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice 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 situații:

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 își 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 autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisorii în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și 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 excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a sancțiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. ș) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 72 alin. (8) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021 și a celor prevăzute la art. 7 lit. r), t) - v);

j) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menționate la art. 7 lit. s);

k) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate după data excluderii acestora din contract.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, situațiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), lit. g) și lit. k) pentru nerespectarea prevederilor de la art. 7 lit. e) se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

#### ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

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

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea 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 condițiile art. 15 alin. (1) lit. a) - cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisorii în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

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

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

(5) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (3) și (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4), în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (3) - (5), se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

#### ART. 18

(1) Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 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) Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

#### XI. Corespondența

#### ART. 19

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul laboratorului 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 părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

## XII. Modificarea contractului

### ART. 20

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

### ART. 21

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

### ART. 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 15 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

## XIII. Soluționarea litigiilor

### ART. 23

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

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă între furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

## XIV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat 23-07-2021 având un număr de 15 pagini.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
PRAHOVA

Director general,  
Maguleanu Catalin

Director Executiv Dir. Economică,  
Burlacu Adriana

Director Executiv Dir. Relații Contractuale,  
Stoqa Catalin

Sef Serviciu Evaluare, Contractare FSMFDM,  
Dridea Mihaela

Vizat

Comp. Juridic, Contencios, Purțator de curant

CASA DE ASIGURARI

Intocmit,

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE  
SPITALUL ORASENESC SINAIA

Reprezentant legal  
MIU-GRIGORESCU MARIANA

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE - PRAHOVA	
VIZAT PENTRU CONTROL FINANCIAR	
PF OPRIU	
Anul.....2022.....	Ziua.....23.....
Semnatura.....	.....



## INVESTIGATII PARACLINICE - ANALIZE DE LABORATOR

Nr. crt.	Cod	Serviciul paraclinic	Tarif decontat de casa de asigurari de sanatate	Numar de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	0	1	2	3	4
<b>Hematologie</b>					
1	2.6001	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari *1)	14,01	171	2.395,71
2	2.6002	Numărătoare reticulocite	5,62	171	961,02
3	2.6003	Examen citologic al frotiului sanguin *3)	18,62	171	3.184,02
4	2.6040	VSH *1)	2,63	171	449,73
5	2.60501	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO *1)	7,54	171	1.289,34
6	2.60502	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh *1)	7,88	171	1.347,48
7	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă	7,54	171	1.289,34
8	2.6101	Timp Quick și INR *1) (International Normalised Ratio)	14,68	171	2.510,28
9	2.6102	APTT	12,30	173	2.127,90
10	2.6103	Fibrinogenemie *1)	13,68	171	2.339,28
<b>Biochimie - serica si urinara</b>					
11	2.1002	Proteine totale serice *1)	7,04	171	1.203,84
12	2.1003	Electroforeza proteinelor serice *1)	15,20	171	2.599,20
13	2.10063	Feritină serică*1)	40,00	171	6.840,00
14	2.1011	Uree serică *1)	5,86	171	1.002,06
15	2.1012	Acid uric seric *1)	5,86	171	1.002,06
16	2.1014	Creatinină serică *1), **)	5,92	171	1.012,32
17	2.1015	Bilirubină totală *1)	5,86	171	1.002,06
18	2.1016	Bilirubină directă *1)	5,86	171	1.002,06
19	2.1020	Glicemie *1)	5,74	171	981,54
20	2.10303	Colesterol seric total *1)	5,74	171	981,54
21	2.10304	HDL colesterol *1)	8,19	171	1.400,49
22	2.10305	LDL colesterol *1)	7,69	171	1.314,99
23	2.10306	Trigliceride serice *1)	7,04	171	1.203,84
24	2.10402	TGP *1)	5,86	171	1.002,06
25	2.10403	TGO *1)	5,83	171	996,93
26	2.10404	Creatinkinaza CK	10,00	171	1.710,00
27	2.10406	Gama GT*1)	7,99	171	1.366,29
28	2.10409	Fosfatază alcalină *1)	7,79	171	1.332,09
29	2.10500	Sodiu seric *1)	10,00	171	1.710,00
30	2.10501	Potasiu seric *1)	11,00	171	1.881,00
31	2.10503	Calciu seric total *1)	5,37	171	918,27
32	2.10504	Calciu ionic seric *1)	7,88	171	1.347,48
33	2.10505	Magneziemie *1)	5,37	171	918,27
34	2.10506	Sideremie *1)	7,10	171	1.214,10
35	2.10507	Fosfor (fosfat seric) *9)	13,00	171	2.223,00
36	2.2600	Examen complet de urină (sumar + sediment) *1)	9,34	171	1.597,14
37	2.2604	Dozare proteine urinare *1)	5,37	171	918,27
38	2.2612	Microalbuminuria (albumină urinară) *8)	22,00	172	3.784,00
39	2.2622	Dozare glucoză urinară *1)	5,37	171	918,27
40	2.2623	Creatinină urinară *8)	8,00	171	1.368,00
<b>Imunologie</b>					
41	2.2500	TSH *1)	20,50	171	3.505,50
42	2.2502	FT4 *1)	20,83	171	3.561,93
43	2.2507	Parathormonul seric (PTH)	43,00	161	6.923,00
44	2.2509	Hormonul foliculostimulant FSH	23,82	171	4.073,22
45	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)	23,82	171	4.073,22
46	2.2514	Cortizol	27,87	171	4.765,77
47	2.2521	Testosteron	30,10	171	5.147,10
48	2.2522	Estradiol	23,82	171	4.073,22
49	2.2523	Progesteron	25,31	171	4.328,01
50	2.2525	Prolactină	25,31	171	4.328,01

Nr. crt.	Cod	Serviciul paraclinic	Tarif decontat de casa de asigurari de sanatate	Numar de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
51	2.327091	Anti-HAV IgM *2)	40,98	171	7.007,58
52	2.327092	Ag HBs *1)	31,15	171	5.326,65
53	2.327093	Anticorpi Anti HCV *1)	64,90	171	11.097,90
54	2.32710	Testare HIV la gravidă *1)	33,29	171	5.692,59
55	2.40000	ASLO *1)	11,48	171	1.963,08
56	2.40010	VDRL *1) sau RPR *1)	5,49	171	938,79
57	2.40013	Confirmare TPHA *4)	12,29	169	2.077,01
58	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori *1)	40,00	171	6.840,00
59	2.430011	Complement seric C3	10,84	171	1.853,64
60	2.430012	Complement seric C4	10,84	171	1.853,64
61	2.43010	IgG seric	14,77	171	2.525,67
62	2.43011	IgA, seric	14,77	171	2.525,67
63	2.43012	IgM seric	15,10	171	2.582,10
64	2.43014	IgE seric	14,29	171	2.443,59
65	2.40053	Proteina C reactivă *1)	10,67	171	1.824,57
66	2.43040	Factor reumatoid	9,34	171	1.597,14
67	2.43044	ATPO	39,00	171	6.669,00
68	2.43135	PSA * 1)	23,07	171	3.944,97
69	2.43136	free PSA *6)	23,61	170	4.013,70
<b>Microbiologie</b>					
Exudat faringian					
70	2.3025	Examen bacteriologic exudat faringian - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana *1)	15,29	171	2.614,59
71	2.50102	Examen fungic exudat faringian - Examen microscopic	15,29	171	2.614,59
Examen urina					
72	2.3100	Urocultură*1) Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana	15,29	171	2.614,59
Examene materii fecale					
73	2.3062	Coprocultură*1) Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana	15,29	171	2.614,59
74	2.50120 1	Examen micologic materii fecale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica *1)	15,29	171	2.614,59
75	2.5100	Examen coproparazitologic *1)	12,46	171	2.130,66
76	2.2701	Depistare hemoragii oculte *1)	25,00	171	4.275,00
Examene din secreții vaginale					
77	2.3074	nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana *1)	15,29	171	2.614,59
78	2.50114	nativ si colorat, cultură și identificare fungica *1)	15,29	171	2.614,59
Examene din secreții uretrale					
79	2.3080	Examene din secreții uretrale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana *1)	15,29	171	2.614,59
80	2.50115	si colorat, cultură și identificare fungica *1)	15,29	171	2.614,59
Examene din secreții otice					
81	2.3050	Examen bacteriologic din secreții otice - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare	15,29	171	2.614,59
82	2.50119	Examen fungic din secreții otice - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica *1)	15,29	171	2.614,59
Examene din secreții nazale					
83	2.3022	Examen bacteriologic din secreții nazale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare	15,29	171	2.614,59
84	2.50103	Examen fungic din secreții nazale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica *1)	15,29	171	2.614,59
Examene din secreții conjunctivale					
85	2.3040	Examen bacteriologic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana *1)	15,29	171	2.614,59
86	2.50110	microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica *1)	15,29	171	2.614,59

Nr. crt.	Cod	Serviciul paraclinic	Tarif decontat de casa de asigurari de sanatate	Numar de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
Examene din colectie purulentă					
87	2.5032	microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana *1)	15,29	171	2.614,59
88	2.50120 2	Examen fungic din colectie purulentă - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica	15,29	171	2.614,59
Testarea sensibilitatii la substante antimicrobiene si antifungice					
89	2.313	Antibiograma *5)	12,23	171	2.091,33
90	2.502	Antifungigrama *5)	14,55	171	2.488,05
<b>TOTAL</b>				<b>15.380</b>	<b>237.634,61</b>

\*) Numarul negociat de servicii este orientativ, cu obligatia încadrării în valoarea contractului.

TOTAL	237.634,61
TRIM I	69.859,85
IANUARIE	22.106,67
FEBRUARIE	23.843,55
MARTIE	23.909,63
TRIM II	71.612,38
APRILIE	23.812,35
MAI	23.882,21
IUNIE	23.917,82
TRIM III	82.643,03
IULIE	23.920,71
AUGUST	29.361,16
SEPTEMBRIE	29.361,16
TRIM IV	13.519,35
OCTOMBRIE	13.519,35
NOIEMBRIE	0,00
DECEMBRIE	0,00

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE  
PRAHOVA,  
DIRECTOR GENERAL,  
MAGULEANU CATALIN

FURNIZOR SERVICII MEDICALE,  
SPITALUL ORASENESC SINAIA  
MANAGER,  
MIU-GRIGORESCU MARIANA

DIRECTOR DIRECTIA ECONOMICA,  
BURLACU ADRIANA

DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE  
STOEA CATALIN

SEF SERVICIU EVALUARE, CONTRACTARE  
FSMFDM  
DRIDEA MIHAELA

VIZAT,  
COMPARTIMENT JURIDIC, CONTENCIOS,  
PURTATOR DE CUVANT

CASA DE ASIGURARI ,

INTOCMIT,

VIZAT PENTRU LEGALITATE

## INVESTIGATII PARACLINICE - RADIOLOGICE SI IMAGISTICA MEDICALA

Nr. crt.	Denumire examinare radiologica/ imagistica medicala	Tarif decontat de casa de asigurari de sanatate lei	Numar de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
	<b>I. Radiologie - Imagistică medicală</b>			
	<b>A. Investigații convenționale</b>			
	<b>1. Investigații cu radiații ionizante</b>			
1	Ex. radiologic cranian standard *1)	18	158	2.844,00
2	Ex. radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței *1)	30	158	4.740,00
3	Ex. radiologic părți schelet în 2 planuri *1)	35	158	5.530,00
4	Radiografie de membre *1): a) Brat b) Cot c) Antebrat d) Pumn e) Mana f) Sold g) Coapsa h) Genunchi i) Gamba j) Glezna k) Picior	35	158	5.530,00
5	Ex. radiologic centură articulații sacro-iliace *1)	35	100	3.500,00
6	Ex. radiologic centură scapulară *1)	23	99	2.277,00
7	Ex. radiologic coloana vertebrală/segment*1)	35	100	3.500,00
8	Ex. radiologic torace ansamblu *1)	32	100	3.200,00
9	Ex. radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Ex. radiologic torace și organe	32	100	3.200,00
10	Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ *1)	32	100	3.200,00
11	Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast *1)	56	158	8.848,00
12	Ex. radiologic tract digestiv până la regiunea ileocecală, cu substanță de contrast *1)	82	158	12.956,00
13	Ex. radiologic colon dublu contrast	100		0,00
14	Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvolvare	70		0,00
15	Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast	220		0,00
16	Cistografie de reflux cu substanță de contrast	250		0,00
17	Pielografie	250		0,00
18	Ex. radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	250		0,00
19	Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast	250		0,00
20	Ex. radiologic uter și oviduct cu substanță de contrast	280		0,00
21	Radiografie retroalveolară	15		0,00
22	Radiografie panoramică	30		0,00
23	Mamografie în 2 planuri/pentru un sân *1) Obligativ în baza unui bilet de trimitere investigația se efectuează pentru ambii săni, cu excepția situațiilor în care asigurata are	35		0,00

24	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanță de contrast	200		0,00
25	Osteodensitometrie segmentară (DXA)	25		0,00
	<b>2. Investigații neiradiante</b>			0,00
26	Ecografie generală (abdomen + pelvis) *1)	60	158	9.480,00
27	Ecografie abdomen *1)	40	158	6.320,00
28	Ecografie pelvis *1)	30	158	4.740,00
29	Ecografie transvaginală/transrectala	50		0,00
30	Ecografie de vase (vene)	30		0,00
31	Ecografie de vase (artere)	30		0,00
32	Ecografie ganglionara	30		0,00
33	Ecografie transfontanelară	40		0,00
34	Ecografie de organ/articulație/părți moi *2)	25		0,00
35	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II	350		0,00
36	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN	80		0,00
37	Senologie imagistică – ecografie pentru un san *1)Obligativ in baza unui bilet de trimitere investigatia se efectueaza pentru ambii sani, cu exceptia situatiilor in care asigurata are masectomie unilaterala	40		0,00
38	Ecocardiografie	40		0,00
39	Ecocardiografie + Doppler	50		0,00
40	Ecocardiografie + Doppler color	55		0,00
41	Ecocardiografie transesofagiană	170		0,00
	<b>B. Investigații de înaltă performanță</b>			0,00
42	CT craniu nativ	120		0,00
43	CT buco-maxilo-facial nativ	150		0,00
44	CT regiune gât nativ	130		0,00
45	CT regiune toracică nativ	175		0,00
46	CT abdomen nativ	175		0,00
47	CT pelvis nativ	175		0,00
48	CT coloană vertebrală nativ/segment	60		0,00
49	CT membre nativ/membru	60		0,00
50	CT mastoida	150		0,00
51	CT sinusuri	150		0,00
52	CT craniu nativ și cu substanță de contrast	375		0,00
53	CT hipofiza cu substanta de contrast	375		0,00
54	CT buco-maxilo-facial nativ si cu substanta de contrast	400		0,00
55	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast	375		0,00
56	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast	450		0,00
57	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast administrata intravenos	400		0,00
58	CT pelvis nativ și cu substanță de contrast administrata intravenos	400		0,00
59	CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast administrata intravenos/segment	400		0,00
60	CT membre nativ și cu substanță de contrast administrata intravenos/membru	180		0,00
61	CT ureche internă	375		0,00
62	Uro CT	400		0,00
63	Angiografie CT membre	400		0,00
64	Angiografie CT craniu	400		0,00
65	Angiografie CT regiune cervicală	400		0,00
66	Angiografie CT torace	400		0,00

67	Angiografie CT abdomen	400	0,00
68	Angiografie CT pelvis	400	0,00
69	Angiocoronarografie CT	700	0,00
70	RMN cranio-cerebral nativ	450	0,00
71	RMN sinusuri	450	0,00
72	RMN torace nativ	450	0,00
73	RMN gat nativ	450	0,00
74	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrata) nativ	450	0,00
75	RMN abdominal nativ	450	0,00
76	RMN pelvin nativ	450	0,00
77	RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	450	0,00
78	RMN umăr nativ	450	0,00
79	RMN umăr nativ și cu substanța de contrast	700	0,00
80	RMN torace nativ și cu substanța de contrast	700	0,00
81	RMN regiune cervicală nativ și cu substanța de contrast	700	0,00
82	RMN cranio-cerebral nativ și cu substanța de contrast	700	0,00
83	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrata) nativ și cu substanță de contrast	700	0,00
84	RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	700	0,00
85	RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	700	0,00
86	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu substanță de contrast	700	0,00
87	RMN cord nativ	700	0,00
88	RMN cord cu substanță de contrast	700	0,00
89	RMN hipofiza cu substanța de contrast	700	0,00
90	Uro RMN cu substanță de contrast	850	0,00
91	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	400	0,00
92	Angiografia RMN artere renale sau aorta	400	0,00
93	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.)	600	0,00
94	Angiografia carotidiană cu substanță de contrast	400	0,00
95	RMN abdominal cu substanța de contrast și colangio RMN	800	0,00
96	Colangio RMN	300	0,00
97	RMN sani nativ	450	0,00
98	RMN sani nativ și cu substanța de contrast	700	0,00
<b>TOTAL</b>		2.021	

\*) Numarul negociat de servicii este orientativ, cu obligatia încadrării în valoarea contractului.



TOTAL	79.867,00
TRIM I	13.037,00
IANUARIE	3.681,00
FEBRUARIE	4.530,00
MARTIE	4.826,00
TRIM II	13.905,00
APRILIE	4.658,00
MAI	4.714,00
IUNIE	4.533,00
TRIM III	44.661,00
IULIE	8.765,00
AUGUST	17.948,00
SEPTEMBRIE	17.948,00
TRIM IV	8.264,00
OCTOMBRIE	8.264,00
NOIEMBRIE	0,00
DECEMBRIE	0,00

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

PRAHOVA

DIRECTOR GENERAL,  
MAGULEANU CATALIN

DIRECTOR DIRECTIA ECONOMICA,  
BURLACU ADRIAN

DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE  
STOEA CATALIN

SEF SERVICIU EVALUARE, CONTRACTARE  
FSMFDM  
DRIDEA MIHAELA

VIZAT,  
COMPARTIMENT JURIDIC, CONTENCIOS,  
PURTATOR DE CUVANT

CASA DE ASIGURARI

INTOCMIT,

FURNIZOR SERVICII MEDICALE,  
SPITALUL ORASENESC SINAIA  
MANAGER,  
MIU-GRIGORESCU MARIANA