

12

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice

II/AS/9/30-04-2009

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de Sănătate **Casa Judeteana Timis**, cu sediul în municipiul/orasul **Timișoara** str. **Corbului nr. 4**, județul/sectorul **TIMIS**, telefon **201772/fax 294484, 492115**, reprezentată prin președinte - director general **Prof. Univ. Dr. Victor Dumitrascu**, și

- Ambulatoriul de specialitate si ambulatoriul integrat din structura spitalului **SPITALUL ORASENESC SANNICOLAU-MARE**, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti si din rețeaua Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, reprezentat prin **Dr. GEAMBAZU GEORGE** în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

cu actul de înființare sau organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară nr.569 din data **28-03-2008** (furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale indiferent de forma lor de înființare și organizare), autorizație sanitară de funcționare **134098** din data **27-03-2009**, având sediul în orașul **SANNICOLAU-MARE**, str. **Calea lui Traian nr. 1**, județul **TIMIS**, telefon **0256/370490**, fax **0256/370697**, cont nr. **RO97TREZ6275041XXX000077** deschis la **TREZORERIA SANNICOLAU-MARE**, cod unic de înregistrare **4483765** sau cod numeric personal al (copie BI/CI, după caz) reprezentantului legal **1651109354745**, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului (**Anexa 3**), dovada de evaluare a furnizorului **3** din data **12-06-2007**, dovada platii contributiei la Fondul National Unic de Asigurari Sociale de Sanatate.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificarile si completarile ulterioare și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificarile si completarile ulterioare în următoarele specialități și competențe/atestat de studii complementare:

a) **CHIRURGIE GENERALA;**

- b) **MEDICINA INTERNA;**
- c) **OBSTETRICA-GINECOLOGIE;**
- d) **OFTALMOLOGIE;**
- e) **PEDIATRIE.**

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se face de către medicii din **Anexa 1**.

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data de **01-05-2009** până la **31-12-2009**.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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 autorizați și evaluați și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucratoare de la data încheierii contractelor, prin afisare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista acestora, pentru informarea asiguraților;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare și la negocierea clauzelor contractuale;
- d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de functionare și de acordare a acestora;
- e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;
- f) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
- g) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afisare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- h) să deconteze furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;
- i) să încaseze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală și a unor materiale

sanitare, precum și a dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pe baza biletelor de trimitere și/sau a prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici;

j) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

k) să nu deconteze contravaloarea serviciilor medicale dacă biletele de trimitere în baza cărora acestea au fost efectuate nu sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și dacă nu conțin datele obligatorii privind prescrierea acestora;

l) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatul medical corespunzător pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;

2. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

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

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiarii ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, și pentru beneficiarii ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state care au dreptul să beneficieze de servicii medicale pe teritoriul României, de la furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an, conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

6. să întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, atunci când este cazul, și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet în copie rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor paraclinice medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului cărui urmează să i se adreseze; să utilizeze formularul de bilet de trimitere către alte specialități, respectiv pentru internare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară care întocmește în 3 exemplare; să păstreze un exemplar al biletului de trimitere; să înmâneze asiguratului 2 exemplare ale biletului de trimitere în vederea depunerii de către acesta la furnizorul de servicii medicale clinice/spitalicești; în situația în care furnizorul de servicii medicale clinice acordă servicii medicale pe baza biletului de trimitere eliberat de alt medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, este

obligat sa pastreze un exemplar si sa depuna la casa de asigurari de sanatate celalalt exemplar cu ocazia raportarii lunare a activitatii;

7. să completeze corect și la zi formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

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

9. să respecte programul de lucru stabilit conform contractului, pe care să îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică;

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricareia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

11. să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, pe baza de prescripție medicală, care se aproba prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care, medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială;

13. să recomande investigații paraclinice în concordanță cu diagnosticul și să utilizeze biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care sunt formulare cu regim special, unice pe țară;

14. să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită;

15. să acorde servicii medicale asiguraților fără discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

16. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugariilor;

17. să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

18. să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

19. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate conform dispozițiilor legale;

20. să raporteze casei de asigurări de sănătate serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

21. să acorde asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistența 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;

22. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

23. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în Anexa nr.7 la normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea

Guvernului nr 1.714/2008, cu modificarile si completarile ulterioare;

24. să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, a scisorii medicale și a biletului de iesire din spital, după caz, cu excepția urgentelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, a serviciilor de medicina dentară și planificare familială. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, furnizorii de servicii medicale în asistența ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu clinic, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice;

25. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală va fi un document tipizat, va conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și va putea fi folosită numai de către medicii unităților medicale aflate în relații contractuale cu o casa de asigurări de sănătate;

26. să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare și să refuze efectuarea serviciilor medicale recomandate în situația în care biletele de trimitere nu sunt completate cu datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă;

27. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și, după caz unele materiale sanitare, în tratamentul ambulatoriu și să facă recomandări pentru investigații medicale paraclinice, conform reglementărilor legale în vigoare pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

28. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

29. să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ;

30. să acorde cu prioritate asistența medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

VI. Modalități de plată

ART. 8

(1) Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară. Pentru trim.II, III și IV ale anului 2009 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de **0,70 lei**.

ART. 9

(1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, la valoarea minimă garantată a unui punct, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de **20 a lunii**.

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor convenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct. Valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical poate suferi influențe, după caz, și în condițiile prevederilor Legii bugetului de stat pe anul 2009.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct se diminuează pentru luna în care s-au înregistrat nerespectarea nejustificată a programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente cu sau fără contribuție din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei

Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, pentru fiecare situație, după cum urmează:

- a) la prima constatare cu 10%;
- b) la a doua constatare cu 20%;
- c) la a treia constatare cu 30% .

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul. Lista clauzelor speciale se află în **Anexa 2**.

*) In cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum si cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care isi desfasoara activitatea in sistem integrat.

ART. 10

Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare se majorează în funcție de:

- a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu 0% ;
- b) gradul profesional, cu 20%.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12

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

ART. 13

Clauză specială

(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 forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, 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.

IX. Sanctiuni, conditii de reziliere, suspendare si incetare a contractului

ART. 14

(1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a obligației prevăzută la art. 7, pct. 9, nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 7, 23, 28, a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare de remediere a situațiilor prevăzute la art. 7 , pct. 5, 6, 8, 11, 15, 16, 17 și 20 se va diminua valoarea minimă

garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează una /mai multe/toate aceste situații și respectiv pentru fiecare dintre situațiile în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată abuzuri sau prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și a unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scrisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care a avut loc constatarea din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10 %;
- b) la a doua constatare, cu 20 %;
- c) la a treia constatare, cu 30 %.

ART. 15

Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării 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 sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea termenului de valabilitate al acestora;
- d) revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de desfășurătoarele privind activitățile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
- f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22, 29 precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;
- g) la a patra constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 pct. 5, 6, 8, 11, 15, 16, 17 și 20;
- h) la prima constatare după aplicarea măsurilor de diminuare a valorii minime garantate a punctului pentru nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 7, 9, 23 și 28, abuzuri sau prescrieri nejustificate din punct de vedere medical de medicamente și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scrisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, pentru fiecare situație;
- i) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- j) nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 44 alin. (5) și art. 48 alin. (1) lit. a), b) și c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;
- k) dacă se constata nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract 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 modifica în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a

programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

Art. 16.

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

- a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal;
- f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

Art. 17.

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

- a) expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data expirării acesteia;
- b) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului, pentru motive personale, pe bază de documente justificative prezentate în scris casei de asigurări de sănătate și pentru care a primit acordul prealabil al casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an;
- d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, cât și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

Art. 18. - (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 lit. b), c), f), g) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei personae interesate.

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

X. Corespondența

Art. 19. - (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract, să notifice celelalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

Art. 20. - 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.

Art. 21. - Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

Art. 22. - (1) 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.

(2) Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata

prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

Art. 23. - 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.

XII. Soluționarea litigiilor

Art. 24. - (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIII. Alte clauze

Prezentul contract include și valoarea actelor adiționale încheiate pe lunile ianuarie, februarie, martie, aprilie 2009.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, **30.04.2009**, în două exemplare a câte **14** pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
Prof.Univ.Dr. Victor Dumitrascu

Director executive al
Direcției management și economică,
Ec.Andrei Nagy

Director executiv al
Direcției relații cu
furnizorii,
Dr.Constantin Damian

Vizat
Juridic, contencios și
aplicare acorduri internaționale
C.J.Mariana Radulescu



FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE

Reprezentant legal,
Dr. George Geambazu



ANEXA 1

la

CONTRACTUL DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile
clinice

II/AS/9/30-04-2009

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

1. Costache Stefan
2. Papa Mihaela Adriana
3. Kozicek Carol Adalbert
4. Forrai Imre Francisc
5. Geambazu George
6. Minciu Dan Toma
7. Minciu Eugenia Persida
8. Nedelea Emil-Aron
9. Lungu (Avramoiu) Mihaela
10. Novcic Maria-Laura

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
Prof.Univ.Dr.Victor Dumitrașcu

Director executiv al
Direcției management și economică,
Ec.Andrei Nagy

Director executiv al
Direcției relații cu furnizorii,
Dr.Constantin Damian

Vizat
Juridic, contencios și
aplicare acorduri internaționale
C.J.Mariana Radulescu

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
CLINICE**

Reprezentant legal,
Dr. George Geambazu



ANEXA 2

la

CONTRACTUL DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile
clinice

II/AS/9/30-04-2009

Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul;

*) In cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat:

1. Medic

Nume: **COSTACHE** Prenume: **STEFAN**

Grad profesional: **1. primar; 2. specialist**

Specialitatea: **1. medicina interna; 2. medicina de familie**

Cod numeric personal: **1461028253191**

Codul de parafă al medicului: **017745**

Program zilnic de activitate:

Luni	15-18
Marti	-
Miercuri	15-18
Joi	15-18
Vineri	-

2. Medic

Nume: **PAPA** Prenume: **MIHAELA-ADRIANA**

Grad profesional: **primar**

Specialitatea: **medicina interna**

Cod numeric personal: **2570310353945**

Codul de parafă al medicului: **113622**

Program zilnic de activitate:

Luni	7-14
Marti	7-14
Miercuri	7-14
Joi	7-14
Vineri	7-14

3. Medic

Nume: **KOZICEK** Prenume: **CAROL-ADALBERT**

Grad profesional: **primar**

Specialitatea: **medicina interna**

Cod numeric personal: **1550826354770**

Codul de parafă al medicului: **506890**

Program zilnic de activitate:

Luni	-
Marti	13-15
Miercuri	-
Joi	-
Vineri	-

4. Medic

Nume: **FORRAI** Prenume: **IMRE-FRANCISC**

Grad profesional: **specialist**

Specialitatea: **chirurgie generala**

Cod numeric personal: **1490916353941**

Codul de parafă al medicului: **521856**

Program zilnic de activitate: **Luni -**
Marti 15-17
Miercuri -
Joi 15-17
Vineri 15-17

5. Medic

Nume: **GEAMBAZU** Prenume: **GEORGE**

Grad profesional: **primar**

Specialitatea: **chirurgie generala**

Cod numeric personal: **1651109354745**

Codul de parafă al medicului: **638636**

Program zilnic de activitate: **Luni 15-17**
Marti -
Miercuri 15-17
Joi -
Vineri -

6. Medic

Nume: **MINCIU** Prenume: **DAN-TOMA**

Grad profesional: **primar**

Specialitatea: **obstetrica - ginecologie**

Cod numeric personal: **1530409354822**

Codul de parafă al medicului: **507098**

Program zilnic de activitate: **Luni 11-13**
Marti 11-13
Miercuri 11-13
Joi 11-13
Vineri 11-13

7. Medic

Nume: **MINCIU** Prenume: **EUGENIA-PERSIDA**

Grad profesional: **primar**

Specialitatea: **obstetrica - ginecologie**

Cod numeric personal: **2540323354743**

Codul de parafă al medicului: **159156**

Program zilnic de activitate: **Luni -**
Marti -
Miercuri -
Joi 9-11
Vineri -

8. Medic

Nume: **NEDELEA** Prenume: **EMIL-ARON**

Grad profesional: **specialist**

Specialitatea: **pediatrie**

Cod numeric personal: **1760709284369**

Codul de parafă al medicului: **C05250**

Program zilnic de activitate: **Luni 10-12**

Marti 10-12
Miercuri -
Joi -
Vineri -

9. Medic

Nume: LUNGU Prenume: MIHAELA

Grad profesional: **primar**

Specialitatea: **pediatrie**

Cod numeric personal: 2660228163224

Codul de parafă al medicului: 777690

Program zilnic de activitate: Luni -
Marti -
Miercuri 10-12
Joi 10-12
Vineri 10-12

10. Medic

Nume: NOVIC Prenume: MARIA-LAURA

Grad profesional: **specialist**

Specialitatea: **oftalmologie**

Cod numeric personal: 2740817354774

Codul de parafă al medicului: 921892

Program zilnic de activitate: Luni 7,30-14,30
Marti 7,30-14,30
Miercuri 7,30-14,30
Joi 7,30-14,30
Vineri 7,30-14,30

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
Prof.Univ.Dr. Victor Dumitrascu

Director executiv al
Direcției management și economică,
Ec.Andrei Nagy

Director executiv al
Direcției relații cu furnizorii,
Dr.Constantin Damian

Vizat

Juridic, contencios și
aplicare acorduri internaționale
C.J.Mariana Radulescu

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
CLINICE

Reprezentant legal,
Dr. George Geambazu



ANEXA 3

la

CONTRACTUL DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile
clinice

II/AS/9/30-04-2009

Lista autorizațiilor / asigurărilor pentru personalul medico-sanitar angajat:

Nume	Tip subcontractor	Specialitate	Parafa	Certificat de participare la Colegiul Medicilor		Asigurare de răspundere civilă	
				Nr.	Valabilitate	Nr.	
SPITALUL ORASENESC SANNICOLAU-MARE	AMBULATORIUL DE SPECIALITATE INTEGRAT	/	/	/	/	AG 0025250 (01.01.2009-31.12.2009)	
Dr. Costache Stefan	Medic	1. medicina interna 2. medicina de familie	017745	2321	01.01.2009-31.12.2009	MM 0351194	
Dr. Papa Mihaela Adriana	Medic	medicina interna	113622	211	01.01.2009-31.12.2009	MM 0351195	
Dr. Kozicek Carol Adalbert	Medic	medicina interna	506890	1367	01.01.2009-31.12.2009	MM 0351196	
Dr. Forrai Imre Francisc	Medic	chirurgie generala	521856	2323	01.01.2009-31.12.2009	MM 0352915	
Dr. Geambazu George	Medic	chirurgie generala	638636	235	01.01.2009-31.12.2009	MM 0351201	
Dr. Minciu Dan Toma	Medic	obstetrica - ginecologie	507098	1706	01.01.2009-31.12.2009	MM 0351197	
Dr. Minciu Eugenia Persida	Medic	obstetrica - ginecologie	159156	1705	01.01.2009-31.12.2009	MM 0351198	
Dr. Nedelea Emil-Aron	Medic	pediatrie	C05250	718	01.01.2009-31.12.2009	MM 0352914	
Dr. Lungu (Avramoiu) Mihaela	Medic	pediatrie	777690	2322	01.01.2009-31.12.2009	MM 0351242	
Dr. Novcic Maria-Laura	Medic	oftalmologie	921892	962	27.02.2009-26.02.2010	R 062074	

CASA DE ASIGURARI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
Prof. Univ. Dr. Victor Dumitrescu

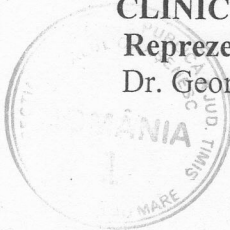
Director executiv al
Direcției management și economică,
Ec. Andrei Nagy

Director executiv al
Direcției relații cu furnizorii,
Dr. Constantin Damian

Vizat
Juridic, contencios și
aplicare acorduri internaționale
C.J. Mariana Radulescu

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE

Reprezentant legal,
Dr. George Geambazu



(Handwritten signature of Dr. George Geambazu)