

Nr. 23799 / 27.07.2021

NR. 4094/27.07.2021

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu
pentru specialitățile clinice
Nr. A5 / 27.07.2021

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate OLT, cu sediul în municipiul SLATINA str. ALEEA MUNCII nr. 1-3 județul OLT, telefon 0372.756.681, fax 0372.877.480, reprezentată prin **Director General Carmen-Liana CÎRJAN**

Și

Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat din structura **Spitalului Orășenesc Corabia**, având sediul în orașul **Corabia, Str. Carpații, Nr. 116**, județul OLT, telefon fix/mobil/fax **0249563171 / 0249563171**, adresă e-mail **spitalulcorabia@yahoo.com**, reprezentat prin manager **FILIP CRISTIAN FLORENTIN** în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative, 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. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 în următoarele specialități:

- 1) MEDICINĂ INTERNĂ
- 2) OFTALMOLOGIE
- 3) CHIRURGIE GENERALĂ
- 4) OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE
- 5) PEDIATRIE
- 6) NEUROLOGIE
- 7) DERMATOVENEROLOGIE
- 8) PNEUMOLOGIE
- 9) PSIHIATRIE
- 10) OTORINOLARINGOLOGIE

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se face de către următorii medici:

1. COSĂCEANU MIRCEA-DRAGOȘ
2. CRISTEA CAMELIA
3. ENE LUMINIȚA IONELA
4. GĂVAN CARMEN
5. GOGULESCU ȘTEFANIA DIANA
6. IVĂNUȘ STELUȚA
7. KUTTESCH MARINA
8. MARIN MONICA

IMZAT

1

9. MIHAI NICHIDAN
10. MUȘAT SILVIU DAN
11. POPA LIVIA ANDREEA
12. POTÎRCĂ ELENA DIANA
13. RĂDUCEA IONICA
14. STĂNIA CRISTINA
15. TOMA TRAIAN LAURENȚIU
16. TUDOR DOBRE ANCA ALINA

IV. Durata contractului

17. ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 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 public, 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 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;

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;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale 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 nr. 2 la H.G. nr. 696/2021 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale 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 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;

g) să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de 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;

h) 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;



i) 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;

j) 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 regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât 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, precum și numărul total de puncte la nivel național realizat trimestrial, prin afișare pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

l) 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;

m) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, de acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate de medici conform specialității clinice și atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătății și care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 1068/627/2021

n) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical și tarif pe serviciu medical consultație/caz, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 1068/627/2021.

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 contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate fac dovada capacității tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară, după caz.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

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 minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele 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 asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze

formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialitățile clinice eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemioepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

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

În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document, eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, precum și formularului pentru îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive / serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în Ordinul ministerului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2001;

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

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2001, 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;

f) 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;

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

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

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în H.G. nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în 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 împlineste în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

k) 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/Regatul 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 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;

l) 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;

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

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

o) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2001, precum și a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2001. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale 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 din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

p) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza

acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2001;

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

r) 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;

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

ș) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicul prescriptor se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

ț) 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 împlineste 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 asigurat 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;

u) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. ț) 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 împlineste 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;

v) 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;

w) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, sau că medicamentul este produs biologic;

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

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, și tarif pe serviciu medical - consultație/caz exprimat în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară; pentru anul 2021 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 4 lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068 /627/2021.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068 /627/2021 se ajustează în funcție de:

- a) condițiile în care se desfășoară activitatea
- b) gradul profesional medic primar

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

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

Până la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor convenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

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

1) Medic

Nume: COSĂCEANU Prenume: MIRCEA-DRAGOS

Grad profesional: SPECIALIST

Specialitatea/ atestat de studii complementare /competență: PSIHIATRIE

Cod numeric personal: 1840503160019

Codul de parafa al medicului: B67877

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,

2) Medic

Nume: CRISTEA Prenume: CAMELIA

Grad profesional: SPECIALIST

Specialitatea/ atestat de studii complementare /competență: PEDIATRIE

Cod numeric personal: 2790323282214

Codul de parafa al medicului: C01360

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,

3) Medic

Nume: ENE Prenume: LUMINIȚA IONELA

Grad profesional: SPECIALIST

Specialitatea/ atestat de studii complementare/competență: CHIRURGIE GENERALĂ

Cod numeric personal: 2880205160034

Codul de parafa al medicului: B68412

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,

4) Medic

Nume: GĂVAN Prenume: CARMEN

Grad profesional: SPECIALIST

Specialitatea / atestat de studii complementare /competență: NEUROLOGIE

Cod numeric personal: 2871205160029

Codul de parafa al medicului: B68332

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,
5) Medic

Nume: GOGULESCU Prenume: ȘTEFANIA DIANA
Grad profesional: SPECIALIST
Specialitatea / atestat de studii complementare /competență: PEDIATRIE
Cod numeric personal: 2881223033355
Codul de parafa al medicului: B68115

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,
6) Medic

Nume: IVĂNUȘ Prenume: STELUȚA
Grad profesional: PRIMAR
Specialitatea / atestat de studii complementare /competență: Medicină internă
Cod numeric personal: 2611030282201
Codul de parafa al medicului: 445402

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,
7) Medic

Nume: KUTTESCH Prenume: MARINA
Grad profesional: PRIMAR
Specialitatea / atestat de studii complementare /competență: OFTALMOLOGIE
Cod numeric personal: 2501010282214
Codul de parafa al medicului: 714470

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,
8) Medic

Nume: MARIN Prenume: MONICA
Grad profesional: SPECIALIST
Specialitatea/atestat de studii complementare/competență: CHIRURGIE GENERALA
Cod numeric personal: 2801119160040
Codul de parafa al medicului: 996468

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,
9) Medic

Nume: MIHAI Prenume: NICHI DANIEL
Grad profesional: PRIMAR
Specialitatea/atestat de studii complementare/competență: PNEUMOLOGIE
Cod numeric personal: 1640413282205
Codul de parafa al medicului: 751412

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,
10) Medic

Nume: MUȘAT Prenume: SILVIU DAN
Grad profesional: PRIMAR
Specialitatea / atestat de studii complementare /competență: CHIRURGIE GENERALĂ
Cod numeric personal: 1740414284427
Codul de parafa al medicului: 996468

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,
11) Medic

Nume: POPA Prenume: LIVIA ANDREEA
Grad profesional: SPECIALIST
Specialitatea/ atestat de studii complementare /competență: DERMATOVENEROLOGIE
Cod numeric personal: 2870914160077
Codul de parafa al medicului: B67530

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,
12) Medic

Nume: POTÎRCĂ Prenume: ELENA DIANA
Grad profesional: SPECIALIST
Specialitatea/atestat de studii complementare/competență: OTORINOLARINGOLOGIE

Cod numeric personal: 2900528180769
Codul de parafa al medicului: B68381
Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,
13) Medic

Nume: RĂDUCEA Prenume: IONICA
Grad profesional: SPECIALIST
Specialitatea/atestat de studii complementare/competență: NEUROLOGIE
Cod numeric personal: 2720313282203
Codul de parafa al medicului: 752560
Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,

14) Medic

Nume: STĂNIA Prenume: CRISTINA
Grad profesional: SPECIALIST
Specialitatea / atestat de studii complementare /competență: MEDICINĂ INTERNĂ
Cod numeric personal: 2860610160042
Codul de parafa al medicului: E59377

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,
15) Medic

Nume: TOMA Prenume: TRAIAN LAURENȚIU
Grad profesional: SPECIALIST
Specialitatea / atestat de studii complementare /competență: OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE
Cod numeric personal: 2601117282205
Codul de parafa al medicului: 456970

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,
16) Medic

Nume: TUDOR DOBRE Prenume: ANCA ALINA
Grad profesional: SPECIALIST
Specialitatea / atestat de studii complementare /competență: PSIHIATRIE
Cod numeric personal: 2860516260023
Codul de parafa al medicului: C01393

Program zilnic de activitate: 1-7 ore/zi, conform celui lunar transmis la CAS Olt,

Program Cabinet CHIRURGIE GENERALĂ: 35 ore/săptămână L-V: 07⁰⁰ – 14⁰⁰,
Program Cabinet DERMATOVENEROLOGIE: 35 ore/săptămână L-V: 08⁰⁰ – 15⁰⁰,
Program Cabinet MEDICINĂ INTERNĂ: 35 ore/săptămână L-V: 8⁰⁰ – 15⁰⁰,
Program Cabinet OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE: 20 ore/săptămână L-V: 09⁰⁰ – 13⁰⁰,
Program Cabinet OFTALMOLOGIE: 35 ore/săptămână L-V: 8⁰⁰ – 15⁰⁰,
Program Cabinet PEDIATRIE: 35 ore/săptămână L-V: 08⁰⁰ – 15⁰⁰,
Program Cabinet NEUROLOGIE: 35 ore/săptămână L-V: 08⁰⁰ – 15⁰⁰,
Program Cabinet PNEUMOLOGIE: 10 ore/săptămână L-V: 08⁰⁰ – 10⁰⁰,
Program Cabinet PSIHIATRIE: 35 ore/săptămână L-V: 8⁰⁰ – 15⁰⁰.
Program Cabinet OTORINOLARINGOLOGIE: 35 ore/săptămână L-V: 08⁰⁰ – 13⁰⁰

Servicii conexe pentru specialitățile neurologie, psihiatrie și otorinolaringologie:

Copcea Lucia cu cnp 2671226282217 și Atestat de psiholog: 1370/15.06.2012, Cod personal:
06128, Competență: Psihologie clinică și program de activitate după cum urmează:
Neurologie: - L:19⁰⁰-20⁰⁰, M:08⁰⁰-11⁰⁰, M:19⁰⁰-20⁰⁰, J:08⁰⁰-12⁰⁰, V:19⁰⁰-20⁰⁰
Psihiatrie: - L:20⁰⁰-21⁰⁰, M:11⁰⁰-15⁰⁰, M:20⁰⁰-21⁰⁰, J:12⁰⁰-15⁰⁰, V:20⁰⁰-21⁰⁰
ORL: - L:18⁰⁰-19⁰⁰, M:15⁰⁰-18⁰⁰, M:18⁰⁰-19⁰⁰, J:15⁰⁰-19⁰⁰, V:19⁰⁰-20⁰⁰

VII. Calitatea serviciilor medicale

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

VIZAT

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

ART. 12 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 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.

IX. Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului

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

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

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz 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), d), g), i), k) - m), p) - ș), v), w) precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2001 sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(3) În cazul în care se constată în derularea contractului, 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 prevăzută la art. 7 lit. o) 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 minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea

serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. t), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;

b) începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic;

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației de la art. 7 lit. t), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea, pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute în contract.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată 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.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5) 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.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

ART. 14 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate 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. 23 alin. (1) lit. b) – e) 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;

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 despre decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

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

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

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor 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 încetarea valabilității/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială, acupunctură și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, 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) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale

individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 27 alin. (3) din Anexa 2 la H.G. nr. 696/2021

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

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre 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 cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului 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 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. 16 alin. (1) lit. a) - cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) 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.

(3) 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/înregistrate 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.

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

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

ART. 17 (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 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. 16 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.

X. Corespondența

ART. 18 (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 cabinetului medical declarat în contract.

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

XI. Modificarea contractului

ART. 19 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. 20 Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

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 putință 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 3 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. 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 dintre 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.

XIII. Alte clauze

Art. 24 - (1) Pe parcursul derulării contractului încheiat, eventualele modificări ale condițiilor/ criteriilor ce trebuie îndeplinite de furnizori pentru a se afla în relație contractuală cu CAS Olt, stabilite prin acte normative, nu sunt negociabile și vor fi notificate furnizorilor, împreună cu termenul limită până la care trebuie să facă dovada îndeplinirii noilor criterii.

(2) În situația nejustificării de către furnizor a respectării noilor condiții, contractul își încetează valabilitatea la data expirării termenului prevăzut la alin. (1).

Art. 25 - (1) Sumele decontate necuvenit din fond ca urmare a nerespectării de către furnizor a legislației în vigoare și a clauzelor contractuale, constatate cu ocazia controlului efectuat de structura de control a CAS Olt, sunt recuperate și purtătoare de obligații accesorii, conform dispozițiilor art. 73¹ din Legea 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.

(2) În situația în care, măsurile dispuse prin Raportul de control încheiat de structura de control a CAS Olt nu se implementează în termenul legal prevăzut de actele normative în vigoare, Raportul de control devine titlu executoriu.

Art. 26 - Sumele încasate de furnizori în temeiul art. 320 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, reprezentând servicii medicale care nu se suportă din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, respectiv debite recuperate și nevirate în contul CAS Olt în termen de 3 (trei) zile lucrătoare, sunt purtătoare de obligații accesorii, conform dispozițiilor art. 73¹ din Legea 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 27 - Decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate se realizează lunar de către CAS Olt, din fondurile aprobate cu această destinație, în limita creditelor bugetare deschise.

Art. 28 - (1) Furnizorii de servicii medicale au obligația să respecte Regulamentul (UE) nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzută la alin. (1), se aplică sancțiunile prevăzute de actele normative în vigoare.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 27.07.2021, în două exemplare a câte 15 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT,

Director General,
Ec. Carmen-Liana CÎRJAN

Director Executiv al Direcției Economice,
Ec. Theodora OPREA

Director Executiv al Direcției Relații Contractuale,
Ec. Sorina-Daniela OANCEA

Vizat,
Juridic, Contencios și Administrativ,
Jr. Dragos OSTROVEANU

**Ambulatoriul Integrat al
Spitalului Orășenesc Corabia,
Manager,**
ec. Cristian-Florentin FILIP

Director Financiar-contabil,
Ec. Banica MOTORA

Director Medical,
Dr. Dan Silviu MUȘAT



VIZAT