



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
CASA JUDEȚEANĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
HUNEDOARA – DEVA, str.1 Decembrie, nr.16;  
tel. 0254/219280; 218921, fax. 0254/218911;  
Nr. 28558 /2010

ACT ADIȚIONAL II  
de furnizare de servicii medicale în asistența medicală  
de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice la  
CONTRACTUL DE FURNIZARE  
de servicii medicale spitalicești  
nr. 2.6/2010

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate **Hunedoara**, cu sediul în municipiul Deva, str. 1 Decembrie nr. 16, județul Hunedoara, telefon/fax 0254/218921 / 0254/218911., reprezentată prin președinte - director general **ec.Uibariu Lacramioara**  
și  
**Spitalul Municipal Vulcan**, cu sediul în **Vulcan, Str. Nicolae Titulescu, nr. 59, telefon 570450**, e-mail: [spit\\_vulcan@yahoo.com](mailto:spit_vulcan@yahoo.com), reprezentat prin **DR. LUCA GRETTI MARIA**

II. Obiectul actului adițional

ART. 1

Obiectul prezentului act adițional îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 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 paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, 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 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 408/265./2010, în următoarele specialități:

a) radiologie și imagistica medicală;

ART. 3

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

NUME PRENUME	SPECIALITATEA	CNP	PARAFA	ORAR
DORESCU IOAN DORIN	medic primar radiologie și imagistica medicală	1591203201021	339917	6 ore/ zi

IV. Durata actului adițional

ART. 4

Prezentul act adițional este valabil de la data 01 iunie 2010 până la 31 decembrie 2010.

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 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

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 paraclinice, autorizați și evaluați și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista

nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice în asistența medicală ambulatorie de specialitate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

e) să înmâneze la momentul finalizării 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 sau cu participarea acesteia notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate 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;

f) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și/sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului. În situația în care Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului, nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în municipiul București, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

g) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale paraclinice 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.

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

i) să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatul medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme,

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

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale paraclinice efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale paraclinice pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin HG nr. 262/2010.

Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice; factura va fi însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/spațiului 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. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori 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.

e) 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.

- f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;
- g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- h1) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare
- h2) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;
- i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;
- j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- k) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;
- l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- m) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- n) să asigure acordarea serviciilor medicale paraclinice titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 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 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 numai pe baza biletului de trimitere, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; În situația în care Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în Municipiul București, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.
- o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;
- p) 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;
- q) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;
- r) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
- s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază și pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ;
- u) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; În situația în care Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în Municipiul București, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;
- v) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
- x) să utilizeze numai reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;
- y) să calibreze și să spele aparatele din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice din cărțile tehnice ale acestora și să consemneze aceste operațiuni, pentru conformitate și regularitate în documentele obligatorii de control intern, conform legii;
- z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, pe toată perioada de derulare a contractului; cu excepția

furnizorilor de servicii medicale paraclinice aparținând rețelei sanitare proprii a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești cu condiția ca acești furnizori să facă dovada demersurilor necesare pentru obținerea certificării ISO în termen de maxim 3 luni de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri.

w) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 408/265./2010.

aa) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

ab) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare

ac) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

ad) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și a oricăror alte investigații efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul;

ae) să asigure prezența unui medic de specialitate de medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, respectiv a unui medic de radiologie și imagistică medicală, în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator / punct de lucru;

af) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzută în anexa nr. 1.

ag) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analize medicale de laborator efectuate și limitele de normalitate ale acestora;

ah) să stocheze în arhiva proprie, după caz imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

ai) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii conexe actului medical, organizați conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001;

aj) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura;

## VI. Modalități de plată

### ART. 8

Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

### IUNIE-DECEMBRIE

Nr. crt.	Denumire Investigatie	TARIF/INVESTIGATIE	NR. INVESTIATII	TOTAL
1	Radiografie craniana standard in 2 planuri	11,96	180,00	2.152,80
2	Radiografie craniana in proiectie speciala	16,22	250,00	4.055,00
3	Ex. Radiologic parti ale scheletului in 2 planuri	15,41	180,00	2.773,80
4	Ex. radiologic torace osos sau parti ale lui in mai multe planuri	19,20	250,00	4.800,00
5	Ex. radiolog centura scapulara sau pelvina fara substanta de contrast	15,90	150,00	2.385,00
6	Ex. radiologic parti ale coloanei vertebrale, mai putin coloana cervicala	19,51	200,00	3.902,00

7	Ex. Radiologic alte articulatii fara substanta de contrast sau functionale cu TV	14,59	150,00	2.188,50
8	Ex. Radiologic coloana vertebrala completa, mai putin coloana cervicala	32,63	250,00	8.157,50
9	Ex. radiologic coloana cervicala in cel putin 3 planuri	28,69	201,00	5.766,69
10	Ex. Radiologic torace ansamblu inclusiv ex. Rx-scopic (eventual cu bol opac)	25,08	150,00	3.762,00
11	Ex. radiologic torace si organe ale toracelui	24,76	250,00	6.190,00
12	Ex. Radiologic de vizualizare generala a abdomenului nativ in cel putin 2 planuri	15,41	200,00	3.082,00
13	Ex. Radiologic esofag ca serviciu independent, inclusiv radioscopie	20,67	250,00	5.167,50
14	Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanta de contrast nonionica	46,91	130,00	6.098,30
15	Ex. Radiologic colon in dublu contrast sau intestin subtire pe sonda duodenala	82,82	25,00	2.070,50
16	Ex. Radiologic tract urinar (urografie minutata) cu substanta de contrast nonionica	188,99	28,00	5.291,72
17	Ecografie generala (abdomen + pelvis)	31,48	250,00	7.870,00
18	Ecografie abdomen	17,38	220,00	3.823,60
19	Ecografie pelvis	16,76	220,00	3.687,20
20	Radioscopie cardiopulmonara	16,56	200,00	3.312,00
21	Radiografie de membre	14,76	150,00	2.214,00
22	Ecografie fetala	22,57	75,00	1.692,75
<b>TOTAL</b>				<b>90.442,86</b>

\*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

Tarifele negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în Anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 408/265./2010.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile medicale paraclinice cu toți furnizorii.

	<b>Radiologie</b>
iunie	12.920,41
iulie	12.920,41
august	12.920,41
septembrie	12.920,41
octombrie	12.920,41
noiembrie	12.920,41
decembrie	12.920,41
<b>TOTAL AN 2009</b>	<b>90.442,86</b>

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

ART. 9

Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative care se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de 10

#### VII. Calitatea serviciilor medicale

##### ART. 10

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

#### VIII. Răspunderea contractuală

##### ART. 11

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

#### IX. Clauze speciale

##### ART. 12

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

(2) Partea care invocă 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.

##### ART. 13

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

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

##### ART. 14

În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), j), l), m), o), r), și s) se va diminua contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații, după cum urmează:

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

Reținerea sumelor conform celor de mai sus, se face din prima plată care urmează a fi efectuată.

##### ART. 15

Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri conform prevederilor legale în vigoare ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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 data încetării valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului respectiv de la data încetării valabilității acesteia;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative 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, lit. a), c), i), k), n), p), q), t), x), y), z), w, ac), ag) ah) și ai), a obligației contractuale prevăzute la art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. .../2010, 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 oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), h1), j), l), m), o), r) și s); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care a încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 de câte trei ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică de trei ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 14 pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași

filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

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

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei 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) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

#### ART. 16

Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în 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 paraclinice 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 motivului și a 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

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

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestui; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestui;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de direcțiile de sănătate 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 obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al laboratorului 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, precum 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 această situație;

e) în situația prevăzută la art. 7, lit. ad);

(2) Pentru nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, se datorează majorări de întârziere în condițiile legii

(3) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate, se suspendă dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului.

#### ART. 18

Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. e), j), condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. f) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. i) a art. 7, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. g) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. e), f) și s) ale art. 7 - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 15 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 16 și 17 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare, se aplică societății comerciale furnizoare de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

#### ART. 19

(1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 lit. b), c), 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 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..

### XI. Corespondența

#### ART. 20

(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 celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

## XII. Modificarea contractului

### ART. 21

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

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

### ART. 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 încetează valabilitatea a autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția actualizării autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

### ART. 23

Prezentul act adițional 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 10 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.

## III. 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.

## XIV. Alte clauze

### ART. 25

Decontarea serviciilor medicale contractate se realizează în limitele prevederilor bugetare trimestriale aprobate precum și a creditelor bugetare deschise de ordonatorul principal de credite pe fiecare sursă de finanțare.

Prezentul act adițional de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi 28.05.2010, în două exemplare a câte 8 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general

Ec. Uibariu Lacramioara

Director executiv al Direcției economice,  
Ec. Nita Magdalena

Director executiv al Direcției relații contractuale,

Vizat

Juridic, contencios  
Cons. jr. Bratila Adrian

Sef serviciu  
Stanescu Vetură

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE

Spitalul Municipal Vulcan

Reprezentant legal,  
dr. Luca Grett/ Marza

VIZAT  
Control Financiar Preventiv

28 MAY 2010

Ec. CRUCIN CAMELIA  
Semnatura

