



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;
e-mail:informatica@cjashd.ro
NR. 23906 /2010

**Act adițional nr. 2.6-2 la
CONTRACT nr. 2.6/2010**

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătății (pentru unitățile sanitare ambulatorii de recuperare)

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate HUNEDOARA, cu sediul în municipiul/orașul **DEVA**, str. 1 Decembrie, nr.16 județul HUNEDOARA, telefon 0254/219280, fax 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, reprezentat prin **DR. LUCA GRETTI MARIA**

II. Obiectul actului adițional

ART. 1 Obiectul prezentului act adițional îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, 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 recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății asiguraților, conform anexei 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. 262/2010.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, se face de către următorii medici:

1. MINULESCU TIBERIUS

ART. 4 Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare a sănătății.

IV. Durata actului adițional

ART. 5 Prezentul act adițional este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 6 Durata prezentului act adițional se poate prelungi, prin acordul părților, în situația prelungirii duratei 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

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

1. să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, 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, cuprinzând denumirea, și valoarea de contract a fiecăruia; în cazul contractelor care au prevăzut o sumă ca valoare 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;

2. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, la termenele prevăzute în prezentul 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 de recuperare-reabilitare a sănătății contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

3. să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății 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;

4. să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

5. să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale recuperare-reabilitare a sănătății 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 casele 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;

6. să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală, a unor materiale sanitare și dispozitivele medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia ;

7. să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

8. să deconteze contravaloarea serviciilor medicale numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în 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. 262/2010;

9. să deconteze serviciile medicale de recuperare-reabilitare numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

10. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile respectării prevederilor de la art. 48 alin. (2) din Contractul-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și / sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului.

11. 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.

ART. 8 Furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății are următoarele obligații:

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

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

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

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru și normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară – bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

7. 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;

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

9.a) 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;

9.b) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

11. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

15. 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;

16. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;

17. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

18. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

19. să asigure acordarea asistenței medicale necesare 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;

20. 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;

21. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractului-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și în normele metodologice de aplicare a acestuia;

22. să acorde servicii de asistență medicală de recuperare-reabilitare a sănătății 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 cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate și pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru minimum 6 luni. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin 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.

23. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din 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 de scrisoare medicală este prevăzut 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.

24. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a recomandărilor pentru investigații medicale paraclinice, numai formularele cu regim special

aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

25. să întocmească liste de prioritate pentru servicii medicale programabile, dacă este cazul;
26. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;
27. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;
28. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
29. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;
30. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
31. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin 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;
32. să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;
33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și trimestrial mișcarea acestora;
34. să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate

VI. Modalități de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical – consultație și tariful pe caz, exprimate în lei, 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. 262/2010.

ART. 10

(1) Valoarea contractata rezultă din tabelul de mai jos:

TRIM. I 2010

Tipul serviciului	Numarul de servicii oferit	Tariful maximal pe serviciu medical -lei-	Valoare
Consultatie initiala	250	14,92	3.730,00
Consultatie de control	151	9,89	1.493,39
Infiltratie in structuri ale tesutului moale	15	6,59	98,85
Punctie articulara	14	9,95	139,30
Infiltratie intraarticulara	14	9,95	139,30
Blocaje nervi periferici	10	9,00	90,00
Galvanizare	500	3,46	1.730,00
Ionizare	500	3,46	1.730,00
Curenti diadinamici	500	3,03	1.515,00
Trabert	501	3,03	1.518,03
TENS	499	2,82	1.407,18

Curenti interferentiali	500	3,79	1.895,00
Unde scurte	500	3,67	1.835,00
Ultrasunet	500	3,46	1.730,00
Solux	125	2,70	337,50
Curenti cu impulsuri rectangulare	125	3,57	446,25
Curenti cu impulsuri exponentiale	125	3,67	458,75
Bai galvanice	500	4,54	2.270,00
Aplicatii cu parafina	500	2,82	1.410,00
Masaj regional	500	3,46	1.730,00
Limfmasaj	50	8,97	448,50
Kinetoterapie individuala	270	6,71	1.811,70
Kinetoterapie cu aparatura speciala covor rulant, bicicleta ergometrica, elcometre, bac vaslit	375	3,03	1.136,25
TOTAL	7.024		29.100,00

APRILIE – DECEMBRIE 2010

Tipul serviciului	Nr. servicii negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical* /caz*	Valoare - lei
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - consultații	704	10	7.040,00
Servicii medicale - cazuri	704	140	98.560,00
TOTAL	1408		105.600,00

* Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful pe serviciu medical - caz sunt cele prevăzute în anexa nr. 7 la ordin și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale – consultații și numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății; în situația în care baza de tratament nu se află în structura rețelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătății sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea serviciilor medicale – consultații și numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății la nivelul tarifelor din anexa nr. 7 la ordin, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de **134.700,00** lei.

ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de cazuri de recuperare – reabilitare a sănătății realizate și a tarifelor pe serviciu medical – consultație și a tarifului pe serviciu – medical - caz , în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni , pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de 10.

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră astfel:

IANUARIE	9.700,00
FEBRUARIE	9.700,00
MARTIE	9.700,00
TRIMESTRUL I	29.100,00
APRILIE	9.600,00
MAI	12.000,00

IUNIE	12.000,00
TRIMESTRUL II	33.600,00
IULIE	12.000,00
AUGUST	12.000,00
SEPTEMBRIE	12.000,00
TRIMESTRUL III	36.000,00
OCTOMBRIE	12.000,00
NOIEMBRIE	12.000,00
DECEMBRIE	12.000,00
TRIMESTRUL IV	36.000,00
TOTAL AN 2010	134.700,00

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

a) Medic

Nume: **MINULESCU** Prenume: **TIBERIUS**

Grad profesional: **specialist**

Cod numeric personal: **1660408205020**

Codul de parafă al medicului: **697941**

Program zilnic de activitate : 17.5 ore/sapt, luni-joi 9-12.30

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

ART. 12 Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr. **RO95TREZ3725041XXX000015**, deschis la Trezoreria statului.

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

ART. 13 Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 16 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, mari inundații, embargo.

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.

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. 17 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 actului aditional

ART. 18 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, conform prezentului act aditional se diminuează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare 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%.

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul și de unele materiale sanitare și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se diminuează contravaloarea serviciilor de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au produs aceste situații, conform prevederilor lit. a), b) și c), pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 18, 21, 25 și 26 se va diminua contravaloarea serviciilor de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat 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%.

(3) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) și alin. (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 pct. 33, consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

(6) pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

ART. 19 Actul aditional de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății 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 nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

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 încetarea 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. 8 pct. 1), 3), 10), 12), 13), 16), 17), 19), 20) și 27) precum și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale casei 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. 8 pct. 2), 5), 6), 7), 8), 9a), 11), 14), 15), 18), 21) și 26);

h) refuzul furnizorului de servicii medicale 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;

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

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 44 alin. (5) din 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 art. 8 pct. 22), 23) și 32) din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație, precum și pentru obligația prevăzută la art. 8 pct. 24;

ART. 20 Actul aditional de furnizare de servicii medicale de recuperare încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul de servicii medicale de recuperare se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare 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;

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. 21 (1) Actul aditional de furnizare de servicii medicale 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 cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, 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.

(2) Pentru nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul pentru 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 concurrentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 22 (1) Situațiile prevăzute la art. 19 și la art. 20 lit. b), c), f) și g) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 20 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înainte de data de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 23 Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante datorită neîndeplinirii obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înainte de data de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

ART. 24 Corespondența legată de derularea prezentului act aditional se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părților.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 25 Prezentul act aditional 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 înainte de data de la care se dorește modificarea.

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

ART. 26 (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 act adițional, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 27 Dacă o clauză a acestui act adițional ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale actului adițional 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 bine cu putință spiritului contractului.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 28 (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. 29 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 de recuperare în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi, 01.05.2010, în două exemplare a câte 9 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
Ec. Uibariu Maria Lacramioara

Director executiv al Direcției Economice,
Ec. Nita Magdalena

Director executiv al
Direcției Relații Contractuale,

Vizat
Juridic și contencios
Cons. Jr. Bratila Adrian

Sef Serviciu
Ec. Stanescu Vetuta

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Reprezentant legal,
Dr. Iuliana Grești Maria

VIZAT
Control Financiar Preventiv

01 MAY 2010
EC. MARINOIU SIMONA
Semnatura