

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru
specialitățile paraclinice în cadrul unor programe naționale de
sănătate curative în anii 2022-2023
III/PNS/05 / 29-04-2022

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate CAS Timis, cu sediul în municipiul Timișoara str. Corbului nr. 4, județul TIMIS, telefon 0256201772/fax 0256492115, reprezentată prin director general Prof.Univ.Dr.VICTOR DUMITRASCU și

Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată: Laborator din structura spitalului: **SPITALUL CLINIC JUDETEAN de URGENTA "Pius Brînzeu" Timisoara**, reprezentat prin Dr. Sorin Gheorghe Barac având sediul în municipiul Timișoara, str. Liviu Rebreanu nr. 156, județul TIMIS, telefon 0356/433121, e-mail judetean@hosptm.ro;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice pentru programul/subprogramul național de sănătate curative

1) Programul Național de diabet zaharat - prevenția secundară a diabetului zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c) conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023 aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022 denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asigurărilor serviciile medicale cuprinse în normele tehnice, respectiv:

a) **MEDICINA DE LABORATOR** – dozarea hemoglobinei glicozilate

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate curative se face de către următorii medici sau biolog, chimist, biochimist:

a) Medic

Nume: ȘTEFU Prenume: DELIA-AURORA

Specialitatea: MEDICINA DE LABORATOR

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2761014354766/40722578614687432234

Codul medicului: E23628

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Marti	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Miercuri	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Joi	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Vineri	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-

b) Medic

Nume: DUMA Prenume: MIHAELA MONICA

Specialitatea: MEDICINA DE LABORATOR

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2731107354768/40102040162621845076

Codul medicului: D53577

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Marti	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Miercuri	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Joi	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Vineri	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-

c) Medic

Nume: STOICAN Prenume: LUCIA

Specialitatea: MEDICINA DE LABORATOR

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2610610354777/40422920794392179488

Codul medicului: 369352

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Miercuri	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Vineri	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-

d) Medic

Nume: VOICU Prenume: MIRELA

Specialitatea: MEDICINA DE LABORATOR

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2690921070046/40432361092651783445

Codul medicului: 640632

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Marti	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Miercuri	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-

e) Chimist:

Nume: AMZAR Prenume: ALINA IOANA

Specialitatea: Chimie

Cod numeric personal: 2750929112513

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Marti	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Miercuri	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Joi	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Vineri	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-

e) Chimist:

Nume: BOLDEANU Prenume: FLORINA

Specialitatea: Chimie

Cod numeric personal: 2810627261966

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Marti	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Miercuri	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Joi	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-
Vineri	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	08:00-15:00 (prin rotație 15-22)	-	-

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data de 01-05-2022 până la data de 31-12-2023.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 423/2022

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați sau acreditați/ înscriși în procesul de acreditare, după caz, și care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale paraclinice, în condițiile legii, și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina de internet proprie și la sediul casei de asigurări de sănătate, a listei nominale a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și a valorii de contract a fiecăruia, distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorului, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa

Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

c) să informeze Furnizorul cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil Furnizorul cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sănătate și cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către Furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de control sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către Furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze furnizorului, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizori sumele reprezentând contravaloarea investigațiilor paraclinice, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de acestea, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea investigațiilor paraclinice;

h) să sesizeze organele abilitate cu privire la situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către Furnizor, pentru a căror corectitudine Furnizorul depune declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale paraclinice, acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea investigațiilor paraclinice, după caz, beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor 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, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.

k) 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.

(2) Casa de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), are obligația de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7

a) să furnizeze servicii medicale paraclinice bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, fără niciun fel de discriminare și să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii medicale paraclinice;

b) să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, potrivit destinației acestora;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale paraclinice furnizate din cadrul programelor naționale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea și să întocmească evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale paraclinice, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant - cod parafă, serviciile efectuate;

e) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile medicale paraclinice la casa de asigurări de sănătate factura, însoțită de documentele justificative în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate, în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație;

f) 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 din asigurările de sănătate. Furnizorii sunt obligați să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal.

g) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, 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;

h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

i) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, 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. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

j) 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 paraclinice acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale paraclinice înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical paraclinic și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale 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

k) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale paraclinice, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. j), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical paraclinic și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale paraclinice 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 paraclinice nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

l) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

m) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: servicii medicale paraclinice care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale paraclinice, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens

n) să verifice calitatea de asigurat, la momentul efectuării serviciului, potrivit prevederilor legale în vigoare.

o) să afișeze într-un loc vizibil, programul de lucru pe care trebuie să-l respecte și serviciile medicale paraclinice cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate curative; informațiile privind serviciile medicale paraclinice 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

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

- q) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este un formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate; investigația PET-CT se efectuează numai în baza deciziei de aprobare emise de comisia de experți de pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, valabilitatea deciziei de aprobare fiind de 45 de zile calendaristice de la data emiterii;
- r) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
- s) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale în vitro și 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;
- ș) să asigure mentenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice, potrivit specificațiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 15189;
- t) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și intervalele biologice de referință ale acestora și să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor PET-CT, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului;
- ț) să asigure prezența unui medic specialist în medicină de laborator sau biolog medical specialist, chimist medical specialist, biochimist medical specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 7 ore, programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența 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; să asigure prezența unui medic cu specialitate anatomopatologie pentru fiecare laborator de anatomopatologie/punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 6 ore.
- u) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, pentru aparatura din dotare, după caz;
- v) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate curative,
- w) să completeze / să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;
- x) să asigure acordarea de servicii medicale paraclinice necesare 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 și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde servicii medicale paraclinice bolnavilor 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;

y) să întocmească evidențe distincte și să le raporteze, însoțite de copii ale documentelor, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate și decontate din bugetul Fondului, 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, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum și bolnavilor 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

z) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative/ subprograme/activități pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

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

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu este:

- a) **Programul național de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate:**
- **tarif/dozare hemoglobina glicozilată: 38 lei (conform anexei)**

Suma anuală contractată este 3.292,00 lei, (suma cuprinde și valoarea actelor aditionale încheiate pentru perioada ianuarie – aprilie 2022), din care:

Suma aferenta trimestrului I 2022 este în valoare de 1.240,00 lei, din care :

Suma contractată aferenta lunii ianuarie 2022 este de 460,00 lei

Suma contractată aferenta lunii februarie 2022 este de 460,00 lei

Suma contractată aferenta lunii martie 2022 este de 320,00 lei

Suma aferenta trimestrului II 2022 este în valoare de 1.292,00 lei, din care :

Suma contractată aferenta lunii aprilie 2022 este de 304,00 lei

Suma contractată aferenta lunii mai 2022 este de 494,00 lei

Suma contractată aferenta lunii iunie 2022 este de 494,00 lei.

Suma aferenta trimestrului III 2022 este în valoare de 760,00 lei, din care :

Suma contractată aferenta lunii iulie 2022 este de 304,00 lei;

Suma contractată aferenta lunii august 2022 este de 304,00 lei

Suma contractată aferenta lunii septembrie 2022 este de 152,00 lei.

Suma aferenta trimestrului IV 2022 este în valoare de 0,00 lei, din care :

Suma contractată aferenta lunii octombrie 2022 este de 0,00 lei;

Suma contractată aferenta lunii noiembrie 2022 este de 0,00 lei

Suma contractată aferenta lunii decembrie 2022 este de 0,00 lei.

ART. 9 Decontarea serviciilor medicale paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate curative se face lunar, în ordine cronologică, în termen de până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii și a documentelor justificative la casa de asigurări de sănătate și acordarea vizei "bun de plată". Factura și documentele justificative se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate conform calendarului de raportare. Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauze speciale

ART. 12

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

(2) Partea care invocă 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

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. a), b), d), f), h), o), p), r), s), ș), w), x), y) și aa) se aplică următoarele sancțiuni:

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

(2) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q) și/sau serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care sau înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. g), n) și z) se aplică următoarele sancțiuni:

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

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. m), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare silită 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 paraclinice 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. 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.

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

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii care nu mai 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.

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

ART. 15

(1) Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

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

e) refuzul furnizorului 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 potrivit contractului încheiat și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile medicale paraclinice în cadrul programului/subprogramului național de sănătate curativ;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

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

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

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. c), u)t) și v);

j) refuzul Furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menționate la art. 7 lit. l);

k) furnizarea de servicii medicale paraclinice în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între Furnizor și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naționale de sănătate curative se reziliază de plin drept, ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice încheiat conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

ART. 16

(1) Contractul încetează de drept 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 paraclinice 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 paraclinice, după caz;

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

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

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naționale de sănătate curative, încetează odată cu contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice încheiat conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

ART. 17

Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) odată cu suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice încheiat conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.
- 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; suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;
- d) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații de absență a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

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

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

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

ART. 18

(1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. b) și 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 alin. (1) 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. 19

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

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

XII. Modificarea contractului

ART. 20

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate programelor naționale de sănătate curative, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 21

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu 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 15 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate finanțate a fost încheiat azi 29-04-2022, în două exemplare a câte 14 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,
Prof. Univ.Dr.Victor I

Director Executiv
Direcția economică,

Medic Sef

Director Executiv
Direcția relații contractuale

Vizat Juridic Contencios

Intocmit SB,2 ex.

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Reprezentant legal,

DIRECTOR MEDICAL

DIRECTOR FINANCIAR

DR. POODĂGEANU ANINA