

Act adițional la
Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. 201/2009
pentru serviciile medicale efectuate în cabinete de specialitate din ambulatoriul integrat al
spitalului

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate DOLJ, cu sediul în municipiul/orașul CRAIOVA str. 1 DECEMBRIE 1918 nr. 8 județul DOLJ, telefon/fax 0251/406666;0251/553406, reprezentată prin președinte - director general ALINA ELENA TANASESCU,

Și

SPITALUL FILISANILOR, reprezentat prin DR. DUMITRU IOANA

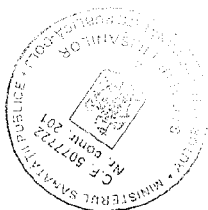
cu Certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr..... sau actul de înființare sau organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară Ord.MSP nr.371/2008 , autorizație sanitară de funcționare nr.000398/20.06.2008 raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege nr., având sediul în orașul FILIASI, B-dul. Racoteanu nr. 216, bl., sc., et., ap. ... județul DOLJ , telefon 0251/441234, cont nr. RO23TREZ2945047XXX000027 deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca, cod unic de înregistrare 507772 sau cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii actului adițional, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării actului adițional, dovada de evaluare a furnizorului nr.3/16.04.2007, dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

II. Obiectul actului adițional

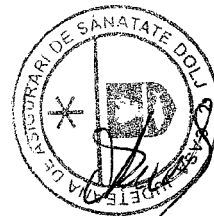
Art. 1. - Obiectul prezentului act adițional îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

Art. 2. - Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare în următoarele specialități și competențe/atestat de studii complementare, conform anexei nr. 1 la prezentul act adițional.



Dr. Dumitru Ioana



Art. 3. - Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se face de către următorii medici, conform anexei nr. 1 la prezentul act adițional.

IV. Durata actului adițional

Art. 4. - Prezentul act adițional este valabil de la data de 01 mai 2009 până la 31 decembrie 2009 și este condiționat de valabilitatea contractului adiționat.

ART. 5 Durata prezentului act adițional se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista acestora, pentru informarea asiguraților;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adițional, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare și la negocierea clauzelor contractuale;

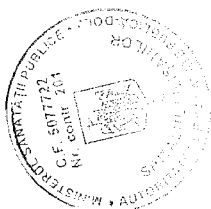
d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

h) să deconteze furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice cu care au încheiat acte adiționale de furnizare de servicii medicale contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;



i) să încaseze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplinesc calitatea de asigurare contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală și a unor materiale sanitare, precum și a dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pe baza biletelor de trimitere și/sau a prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici;

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

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

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

B. *Obligațiile furnizorului de servicii medicale*

Art. 7. - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

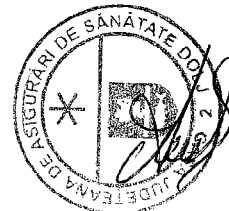
2. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

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

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform actului adițional de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, 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, și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României, de la furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an, conduce la măsuri mergând până la rezilierea actului adițional de furnizare de servicii medicale;

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

6. să întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, bilet de trimitere către alte specialități sau



Handwritten signature

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de



asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

21. să acorde asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor 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 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;

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

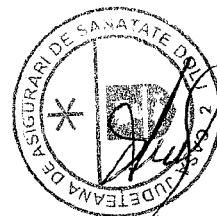
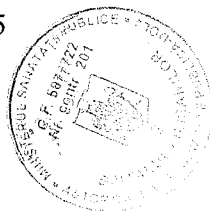
23. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în Anexa nr. 7 la normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

24. să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, a scrisorii medicale și a biletului de ieșire din spital, după caz, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, a serviciilor de medicină dentară și planificare familială. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, furnizorii de servicii medicale în asistența ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu clinic, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice;

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

26. să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie

5



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

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

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

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

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

VI. Modalități de plată

Art. 8. - (1) Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte.

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

Art. 9. - (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, la valoarea minimă garantată a unui punct, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de 20.

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

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct se diminuează pentru luna în care s-au înregistrat nerespectarea nejustificată a programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate din punct de vedere medical de medicamente cu sau fără contribuție din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scrisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, pentru fiecare situație, după cum urmează:

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

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

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat actul adițional, conform anexelor 1 și 2 la prezentul act adițional.

*) 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. 10. - Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1714/2008, cu modificările și completările ulterioare se majorează în funcție de:

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

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 11. - Serviciile medicale furnizate în baza prezentului act adițional trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 12. - Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

Art. 13. - Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării actului adițional 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.

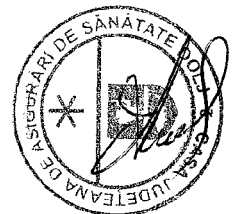
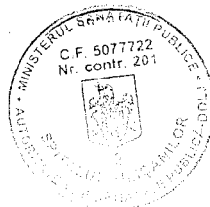
(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice 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 act adițional se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea actului adițional.

IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a actului adițional

Art. 14. - (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a obligației prevăzută la art. 7, pct. 9, nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 7, 23, 28, a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare de remediere a situațiilor prevăzute la art. 7, pct. 5, 6, 8, 11, 15, 16, 17 și 20 se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează una /mai multe/toate aceste situații și respectiv pentru fiecare dintre situațiile în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată abuzuri sau prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și a unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea

7



scrisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care a avut loc constatarea din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează, după cum urmează:

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

Art. 15. - Prezentul act adițional se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

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

Dr. ...



lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, actul adițional se modifica în mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

Art. 16. – Actul adițional de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

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

Art. 17. – Actul adițional de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

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

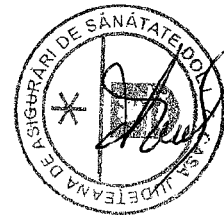
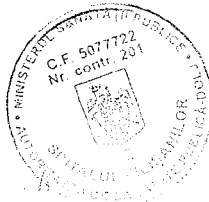
Art. 18. - (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 lit. b), c), f), g) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(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 actului adițional.

X. Corespondența

9

Seu



Art. 19. - (1) Corespondența legată de derularea prezentului act adițional 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 act adițional, să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea actului adițional

Art. 20. - În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului act adițional, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

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

Art. 22. - (1) Dacă o clauză a acestui 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 mult cu puțință spiritului actului adițional.

(2) Dacă expiră termenul de valabilitate al 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 reînnoirii autorizației sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a actului adițional.

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 act adițional.

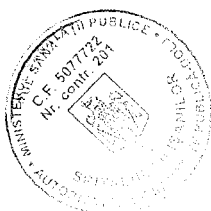
XII. Soluționarea litigiilor

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

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

XIII. Alte clauze

1. Decontarea serviciilor medicale, în baza art. 9 din prezentul act adițional, se va efectua în limita prevederilor bugetare.
2. Modificarea programului de activitate al medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în cadrul furnizorului de servicii medicale în asistenta medicală din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, în vigoare din luna următoare celei în care furnizorul comunica CAS Dolj programul de lucru modificat.
3. Introducerea de medici noi în activitatea furnizorului de servicii medicale în asistenta medicală din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, se va face în urma aprobării de către comisia organizată conform art. 43 alin. 2 din HG nr. 1714/17.12.2008.

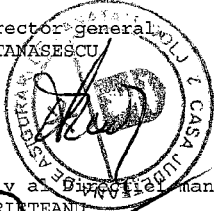


4. Declararea necorespunzătoare a adevărului, făcută de către furnizorul de servicii medicale Casei de Asigurări de Sănătate Dolj, în vederea producerii unei consecințe juridice, conduce la rezilierea de plin drept a prezentului act adițional.

Prezentul act adițional a fost încheiat azi, 29.04.2009, în două exemplare a câte 11 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general
ALINA ELENA TANĂSESCU



Director executiv al Direcției management și economică,
EC. LINA PERIȘTEANU

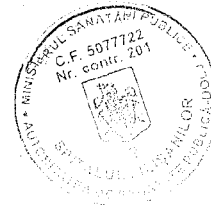
Director executiv al Direcției relații cu furnizorii,
EC. NICOLAE MARGARIT

Vizat
Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale



FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE

Reprezentant legal,



2ex./11/E.R.