

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, tel./fax, reprezentată prin președinte - director general

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat astfel:

- cabinet individual, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul titular

- cabinet asociat sau grupat, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul delegat

- societate civilă medicală, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentată prin administratorul

- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reprezentată prin

- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin

având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă e-mail, și sediul punctului secundar de lucru în localitatea, str. nr., telefon fix/mobil, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz precum și pentru pacienții 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, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2013.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013.

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 în asistența medicală primară, 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 fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr./2013; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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 finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. 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 casa de asigurări de sănătate în termen de

maxim 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 confirme sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor medicilor de familie, să comunice în scris și sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;

h) să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita și pe serviciu rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor "per capita" și pe serviciu, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total național de puncte realizate atât "per capita", cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) să țină evidența distinctă a persoanelor asigurate de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență; pentru asigurații care se află în evidența Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și care sunt înscrși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât și în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, confirmarea calității de asigurat se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât și în format electronic;

j) să informeze asigurații cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun;

k) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

l) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.;

n) să monitorizeze perioadele de absență a medicilor de familie pentru care înlocuirea se asigură pe bază de reciprocitate pentru perioada cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an;

o) 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;

p) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

q) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

r) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 6 alin. (1) – (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr./2013, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

2. să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

3. să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică.

4. să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora;

5. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, precum și înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

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

7. să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr.;

8. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

9. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la

recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii, sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital, recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr./2013.

Pentru persoanele care se încadrează în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună", medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situația în care medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul;

10. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

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

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

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

14. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în mod distinct pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

15. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

16. 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 și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

17. 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;

18. a) să respecte programul de lucru și să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr...../2013, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință.

19. 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 lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

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

21. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

22. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraților fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

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

24. 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;

25. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr./2013;

26. 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;

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

28. să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, 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;

29. să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

30. să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
31. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
32. să întocmească bilet de trimitere către societăți de turism balnear și de recuperare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;
- 33 să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situație în care medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul/codul unic de asigurare, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale;
34. 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 paraclinic, și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu 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 acesta 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;
35. să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. și să raporteze această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici.
36. în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenția încheiat(ă) cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicul/medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
37. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul.
38. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.
39. 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, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;
40. să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile legii;

41. să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr./2013;

42. să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

43. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

44. să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

45. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

46. să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la pct. 45, toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoană asigurată

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013.

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă - oraș, comună:

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013:

DA/NU

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă - oraș, comună

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale încheiate pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.: de la până la

1.4. Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 3,5 lei, valabilă pentru anul 2013.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013, se ajustează în raport:

a) cu condițiile în care își desfășoară activitatea medicul de familie:%*):

b) cu gradul profesional:

- medic primar %;

- medic care nu a promovat un examen de specialitate %.

*) Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervației Biosferei "Delta Dunării" se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea; în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

1.6. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, plata "per capita" se realizează după cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de asigurați pe listă, astfel:

$$\text{Nr. de puncte "per capita" de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}}$$

În situația în care numărul de puncte realizat este mai mare de 19.000, la numărul de puncte calculat conform formulei de mai sus se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. de puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr de asigurați înscrși} - 2.200)}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}} \times 0,30$$

b) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. de puncte "per capita" de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}},$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. de puncte "per capita" de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr de asigurați înscrși} - 2.200)}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

c) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă depășește 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. de puncte "per capita" de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}},$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. de puncte "per capita" de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(4.000 - 2.200)}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

d) în situația în care cabinetul medical se află într-o zonă/unitate administrativ-teritorială cu deficit din punctul de vedere al prezenței medicului de familie, stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. de puncte "per capita" de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{număr de persoane}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. de puncte "per capita" = } \frac{\text{număr de puncte realizate}}{\text{de decontat}} \times \frac{\text{număr de persoane asigurate înscrise}}{\text{(număr de asigurați înscrși - 2.200)}} \times 0,5$$

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013.

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 1,8 lei, valabilă pentru anul 2013.

3. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic de familie

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Medic de familie angajat*)

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

Numele, prenumele

Cod numeric personal

2.

b) Medic de familie

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Medic de familie angajat*)

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

Numele, prenumele

Cod numeric personal

2.

c)

ART. 9 (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea drepturilor bănești ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor în funcție de valoarea definitivă a punctului per capita și pe serviciu medical.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 7 pct. 9, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, cu 10%.

(4) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1- 6, 10 - 13, 15 - 17, 19 - 29, 31, 35, 37 și 39 se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, cu 10%.

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 46, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(7) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (6) nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 46 se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(8) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (3) - (6) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care

suma prevăzută la alin. (6) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(9) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (3) - (6) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (3) - (6) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3) - (6) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate 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. Clauză specială

ART. 12 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile 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.

X. Rezilierea, încetarea, și suspendarea contractului

ART. 13 Contractul de furnizare de servicii medicale 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, 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/acestuia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

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) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 9 alin. (3) și (4) pentru oricare situație, precum și o dată cu prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 9 alin. (5).

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în vederea decontării și cele 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, conform solicitării scrise a organelor de control.

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art.7 pct. 7, 30 și 41.

ART. 14 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, sau în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 15 alin. (1) lit. d), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, se poate face printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană de către comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013, pentru situațiile în care se justifică această decizie.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

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

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

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) 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;

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată despre decizia Colegiului teritorial al Medicilor, de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului, aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație;

d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr./2013 și nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 8, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) 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 doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurrentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 16 Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 și lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 și lit. d) 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. 17 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 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. 18 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 19 Valoarea definitivă a unui punct per capita și pe serviciu medical este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

ART. 20 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 bine cu puțință spiritului contractului.

ART. 21 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 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Dacă una dintre părțile contractante solicită negocierea unor clauze suplimentare, cealaltă parte este obligată să răspundă acestei solicitări.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea, decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al
Direcției economice,
.....
Director executiv al
Direcției relații contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr., deschis la Trezoreria Statului
- cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - al reprezentantului legal
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- dovada de evaluare a unității sanitare nr.,
- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr.,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali,
- programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru,
- programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar,
- lista, pe suport de hârtie și în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniți și numai în format electronic pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent,

- declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei persoanelor înscrise pe listă la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia/acestora, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr./2013,

- lista bolnavilor cu afecțiunile cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii generale - abdomen și pelvis - efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.