



## CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice  
nr.33AMB/01.07.2014

226  
2013 07 01

### I. Părțile contractante

**Casa de asigurări de sănătate Galati**, cu sediul în municipiul/orașul Galati , str. M.Bravu, nr.42, județul/sectorul Galati, telefon/fax 0236410111 / 0236413462, reprezentată prin **Președinte - Director General Dr.Elena VRABIE** și

**Ambulatoriul integrat din structura Spitalului Clinic Județean de Urgență pentru Copii "Sfântul Ioan"**, reprezentat prin Dr.Stefanescu Victorita în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte, având sediul în municipiul Galati, str. Ghe.Asachi. nr. 2, județul GALATI, telefon 0236/469.100, fax 0236/469.849, e-mail spurgcogl@mail.com;

### II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

### III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, în următoarele specialități:

a) Investigatii paraclinice-radiologie si imagistica medicala

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic

Nume: DUCA Prenume: ELVIRA

Specialitatea: radiologie si imagistica medicala

Cod numeric personal: 2570101090056

Codul de parafă al medicului: 323064

Program zilnic de activitate L-V 07.00-13-00(6 ore/zi)(prin rotatie)

b) Medic

Nume: BINDAR Prenume: ADRIAN CONSTANTIN

Specialitatea: radiologie si imagistica medicala

Cod numeric personal: 1700516170336

Codul de parafă al medicului: 884917

Program zilnic de activitate L-V 13.00-19-00 (6 ore/zi)(prin rotatie)

c) Medic

Nume: STEFANESCU Prenume: VICTORITA

Specialitatea: radiologie si imagistica medicala

Cod numeric personal: 2550728170358

Codul de parafă al medicului: 029904

Program zilnic de activitate L-V 07.00-13-00 (6 ore/zi)(prin rotatie)

d) Medic

Nume: MIULESCU Prenume: MAGDALENA

Specialitatea: Anestezie si terapie intensiva

Cod numeric personal: 2720721170376

Codul de parafă al medicului: 246991

Program zilnic de activitate (1 ora/zi)(integrare, la solicitare )

e) Medic

Nume: BIRLIBA Prenume: MIHAELA PETRONELA

Specialitatea: Anestezie si terapie intensiva

Cod numeric personal: 2750927272639

Codul de parafă al medicului: 244238

Program zilnic de activitate (1 ora/zi)(integrare, la solicitare)

### IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr.400/2014.

## 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 publice 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, cuprindând denumirea și valoarea de contract a fiecărui, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită 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. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond 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 caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocolele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.
- d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr.400/2014, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;
- e) să înmâneze la data 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 o zi lucrătoare de la data finalizării 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 casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;
- f) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;
- g) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia decontării lunare, motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.
- h) 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;
- i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor detrimisate utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competență 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. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;
- k) să contracteze servicii medicale paraclinice, 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 prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;
- l) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimis să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești;
- m) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, 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.

### B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistență medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
- f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;
- g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;
- j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- k) 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;
- l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare;
- m) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;
- n) 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;
- o) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- p) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiariilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde 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;
- q) 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 informatici din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- r) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de baza;
- s) 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.
- Ş) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și acte administrative necesare investigației.
- t) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;
- ş) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
- u) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;
- v) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate; Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu; Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri,

convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu.

w) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

x) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro și au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativvalorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să facă mențenanță și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, numărul de analize medicale prevăzute în pachetul de bază pentru care se solicită certificatul de acreditare este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;

aa) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizati pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul, investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate să sanctionează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizati în efectuarea investigațiilor, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

ab) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru;

ac) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;

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

ae) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

af) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizați conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001;

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

ah) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr.400/2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;

ai) 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;

aj) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

ak) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia.

#### VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei conform anexei 17 și în condițiile prevăzute în anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014

ianuarie - mai 2014

Nr crt.	Denumirea analizei	Tarif negociat	Nr.servicii negociat*)	Total valoare-lei
1	Examen radiologic cranian standard 1 incidenta *1)	11,96	42	502,32
2	Examen radiologic cranian in proiectie sinusuri anterioare ale fetei	32,44	41	1.330,04
3	Examen radiologic parti schelet in doua planuri *1)	30,82	16	493,12
4	Radiografie de membre *1)	29,52	17	501,84
5	Examen radiologic centura scapulara *1)	15,90	12	190,80
6	Examen radiologic alte articulatii fara substante de contrast sau functionale cu TV*1)	29,18	10	291,80
7	Examen radiologic parti ale coloanei dorsala*1)	39,02	9	351,18
8	Examen radiologic parti ale coloanei lombara*1)	39,02	9	351,18
9	Examen radiologic coloana vertebrală completă, fara coloana cervicală*1)	32,63	7	228,41
10	Examen radiologic coloana cervicală 1 incidenta *1)	28,69	12	344,28
11	Examen radiologic torace ansamblu *1)	25,08	11	275,88
12	Examen radiologic torace osos ( sau parti)in mai multe planuri( organe ale toracelui )	24,76	14	346,64
13	Examen radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)	15,41	14	215,74
14	Examen radiologic esofag ca serviciu independent	20,67	8	165,36
15	Examen radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu subst.contrast	46,91	9	422,19
16	Ex radiologic tract digestiv pîna la regiunea ileo cecala cu substantă de contrast	71,50	7	500,50
17	CT craniu fara substantă de contrast	87,72	8	701,76
18	CT craniu fara substantă de contrast-cu anestezie generală inhalatorie -239,38 lei	327,10	0	0,00
19	CT regiune gât fara substantă de contrast	87,24	8	697,92
20	CT regiune toracică fara substantă de contrast	112,49	9	1.012,41
21	CT regiune toracică fara substantă de contrast-cu anestezie generală inhalatorie -239,38 lei	351,87	8	2.814,96
22	CT abdomen fara substantă de contrast	113,33	11	1.246,63
23	CT pelvis fara substantă de contrast	88,38	6	530,28
24	CT coloana vertebrală fara substantă de contrast/segment	47,06	6	282,36
25	CT membru/membre fara substantă de contrast	41,01	7	287,07
26	CT craniu nativ și cu substantă de contrast	258,61	7	1.810,27
27	CT craniu nativ și cu substantă de contrast-cu anestezie generală inhalatorie -239,38 lei	497,99	5	2.489,95
28	CT regiune gât nativ și cu substantă de contrast	258,29	7	1.808,03
29	CT regiune toracică nativ și cu substantă de contrast	280,42	8	2.243,36
30	CT abdomen nativ și cu substantă de contrast adm.intravenos	265,37	7	1.857,59
31	CT pelvis nativ și cu substantă de contrast adm.intravenos	265,65	6	1.593,90
32	CT coloana vertebrală nativ și cu substantă de contrast adm.intravenos/segment	263,21	5	1.316,05
33	CT membre nativ și cu substantă de contrast adm.intravenos/membru	264,51	6	1.587,06
34	CT ureche internă	200,00	7	1.400,00
35	Uro CT	250,00	9	2.250,00
36	RMN crano-cerebral nativ	300,93	5	1.504,65

37	RMN cranio-cerebral nativ-cu anestezie generala inhalatorie -239,38 lei	540,31	0	0,00
38	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală,toracică etc.) nativ	300,93	7	2.106,51
39	RMN abdomen nativ	300,93	5	1.504,65
40	RMN abdomen nativ-cu anestezie generala inhalatorie -239,38 lei	540,31	0	0,00
41	RMN pelvin nativ	300,93	8	2.407,44
42	RMN pelvin nativ cu anestezie inhalatorie 239,38 lei	540,31	0	0,00
43	RMN extremitati nativ /segment (genunchi,cot,glezna etc.)	300,93	5	1.504,65
44	RMN extremitati nativ /segment (genunchi,cot,glezna etc.) cu anestezie 239,38 lei	540,31	0	0,00
45	RMN umar nativ	300,93	4	1.203,72
46	RMN umar nativ cu anestezie 239,38 lei	540,31	0	0,00
47	RMN sani nativ	300,93	6	1.805,58
48	RMN sani nativ cu anestezie 239,38 lei	540,31	0	0,00
49	RMN umar nativ si cu substanta de contrast	471,46	5	2.357,30
50	RMN umar nativ si cu substanta de contrast cu anestezie 239,38 lei	710,84	0	0,00
51	RMN sani nativ si cu substanta de contrast	471,46	6	2.828,76
52	RMN sani nativ si cu substanta de contrast cu anestezie 239,38 lei	710,84	0	0,00
53	RMN cranio-cerebral nativ si cu substanta de contrast	471,46	6	2.828,76
54	RMN cranio-cerebral nativ si cu substanta de contrast-cu anestezie generala inhalatorie -239,38 lei	710,84	0	0,00
55	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală,toracică etc.) nativ si cu substanta de contrast	471,46	4	1.885,84
56	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală,toracică etc.) nativ si cu substanta de contrast si anestezie -239,38 lei	710,84	0	0,00
57	RMN abdominal nativ si cu substanta de contrast	471,46	7	3.300,22
58	RMN abdominal nativ si cu substanta de contrast si anestezie 239,38 lei	710,84	0	0,00
59	RMN pelvin nativ si cu substanta de contrast	471,46	3	1.414,38
60	RMN pelvin nativ si cu substanta de contrast si cu anestezie 239,38 lei	710,84	0	0,00
61	RMN extremitati nativ /segment (genunchi,cot,glezna etc.) cu substanta de contrast	471,46	3	1.414,38
62	RMN extremitati nativ /segment (genunchi,cot,glezna etc.) cu substanta de contrast si cu anestezie 239,38 lei	710,84	0	0,00
63	RMN cord cu substanta de contrast	471,46	3	1.414,38
64	Uro RMN cu substanta de contrast	625,00	3	1.875,00
65	Uro RMN cu substanta de contrast cu anestezie 239,38 lei	864,38	0	0,00
66	Ecografie generala (abdomen + pelvis)	25,00	20	500,00
67	Ecografie abdomen*1)	17,38	25	434,50
68	Ecografie pelvis*	16,76	14	234,64
69	Ecografie endocrina	16,39	16	262,24
70	EKG	7,12	32	227,84
71	EEG STANDARD	15,00	114	1.710,00
	TOTAL GENERAL			67.166,34

Perioada 01.06.2014-31.12.2014

nr.crt.	Denumirea analizei	Tarif	Nr servicii	Total lei
	2. Lista investigatiilor paraclinice – radiologie, imagistica, medicina nucleara si explorari			
	1. Radiologie - Imagistica medicala			
	A. Investigatii conventionale			
	1. Investigatii cu radiatii ionizante			
1	Ex. radiologic cranian standard *1)	12,83	15	192,45
2	Ex. radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale fetei *1)	34,81	15	522,15
3	Ex. radiologic parti schelet în 2 planuri *1)	33,07	15	496,05

	Radiografie de membre: membru superior ( humerus, articulatia cotului, antebrat, pumn, mana) si membru inferior (articulatie coxo-femurala, articulatie sacro-iliaca, femur, genunchi, gamba, glezna, picior, calcaneu) *1)	31,68	15	475,20
4	Ex. radiologic centura scapulara *1)	17,06	15	255,90
6	Ex. radiologic parti coloana dorsala *1)	41,87	13	544,31
7	Ex. radiologic parti coloana lombara *1)	41,87	15	628,05
8	Ex. radiologic coloana vertebrală completa, fara coloana cervicala *1)	35,02	15	525,30
9	Ex. radiologic coloana cervicala 1 incidenta *1)	30,79	15	461,85
10	Ex. radiologic torace ansamblu *1)	26,91	14	376,74
11	Ex. radiologic torace osos (sau parti) in mai multe planuri/Ex. radiologic torace si organe toracice *1)	26,57	16	425,12
12	Ex. radiologic vizualizare generala a abdomenului nativ *1)	16,54	15	248,10
13	Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanta de contrast *1)	50,34	15	755,10
14	Ex. radiologic tract digestiv pana la regiunea ileo-cecală, cu substanta de contrast *1)	76,73	15	1.150,95
15	Ex. radiologic colon dublu contrast		15	0,00
16	Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	48,03	15	720,45
17	Ex. radiologic tract urinar (urografie minutata) cu substanta de contrast	202,81	15	3.042,15
18	Cistografie de reflux cu substanta de contrast	255,34	15	3.830,10
19	Pielografie	246,35	15	3.695,25
20	Ex. radiologic retrograd de uretra sau vezica urinara cu substanta de contrast	201,84	15	3.027,60
21	Ex. radiologic uretra, vezica urinara la copil cu substanta de contrast	205,02	15	3.075,30
	2. Investigatii neiradiante		15	
28	Ecografie generala (abdomen + pelvis) *1)	33,16	15	497,40
29	Ecografie abdomen *1)	23,05	15	345,75
30	Ecografie pelvis *1)	22,23	15	333,45
36	Ecografie de organ/articulatie/parti moi *2)	21,74	15	326,10
	B. Investigatii de inalta performanta		15	
44	CT craniu nativ	116,34	15	1.745,10
44_1	CT buco-maxilo-facial nativ	58,17	15	872,55
45	CT regiune gât nativ	115,71	15	1.735,65
46	CT regiune toracica nativ	149,2	15	2.238,00
47	CT abdomen nativ	150,31	15	2.254,65
48	CT pelvis nativ	117,22	15	1.758,30
49	CT coloana vertebrală nativ/segment	62,42	15	936,30
50	CT membre nativ/membru	54,39	15	815,85
51	CT craniu nativ si cu substanta de contrast	342,99	15	5.144,85
51_1	CT buco-maxilo-facial nativ si cu substanta de contrast	171,5	15	2.572,50
52	CT regiune gât nativ si cu substanta de contrast	342,57	15	5.138,55
53	CT regiune toracica nativ si cu substanta de contrast	371,92	15	5.578,80
54	CT abdomen nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	351,96	15	5.279,40
55	CT pelvis nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	352,33	15	5.284,95
56	CT coloana vertebrală nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos/segment	349,1	15	5.236,50
57	CT membre nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos/membru	350,82	15	5.262,30
58	CT ureche interna	265,26	15	3.978,90
59	Uro CT	331,58	15	4.973,70
60	Angiografie CT membre	331,58	15	4.973,70
61	Angiografie CT craniu	331,58	15	4.973,70
62	Angiografie CT regiune cervicala	331,58	15	4.973,70
63	Angiografie CT torace	331,58	15	4.973,70
64	Angiografie CT abdomen	331,58	15	4.973,70
65	Angiografie CT pelvis	331,58	15	4.973,70
66	Angiocoronarografie CT	663,15	15	9.947,25
67	RMN crano-cerebral nativ	399,12	10	3.991,20
68	RMN torace nativ	399,12	10	3.991,20
69	RMN regiune cervicala nativ	399,12	10	3.991,20
70	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicala, toracica, lumbosacrata) nativ	625,3	10	6.253,00
71	RMN abdominal nativ	399,12	10	3.991,20

72	RMN pelvin nativ	399,12	10	3.991,20
73	RMN extremitati nativ/segment (genunchi, cot, glezna etc.)	399,12	10	3.991,20
74	RMN umar nativ	399,12	10	3.991,20
75	RMN umar nativ si cu substanta de contrast	625,3	10	6.253,00
76	RMN torace nativ si cu substanta de contrast	625,3	10	6.253,00
77	RMN regiune cervicala nativ si cu substanta de contrast	625,3	10	6.253,00
78	RMN crano-cerebral nativ si cu substanta de contrast	625,3	10	6.253,00
79	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracală, lombosacrată) nativ si cu substanta de contrast	625,3	10	6.253,00
80	RMN abdominal nativ si cu substanta de contrast	625,3	10	6.253,00
81	RMN pelvin nativ si cu substanta de contrast	625,3	10	6.253,00
82	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, glezna etc.) cu substanta de contrast	625,3	10	6.253,00
83	RMN cord nativ	625,3	10	6.253,00
84	RMN cord cu substanta de contrast	625,3	10	6.253,00
85	Uro RMN cu substanta de contrast	828,94	10	8.289,40
86	Angiografia RMN trunchiuri supraortice	267,85	10	2.678,50
87	Angiografia RMN artere renale sau aorta	267,85	10	2.678,50
88	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.)	530,52	10	5.305,20
				242.219,91

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

Tarifele contractate nu pot fi mai mari decât tarifele prevăzute în anexa 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

Suma contractată este 309.386,25 lei (suma de 67.166,34 lei, aferentă per ian-mai 2014, decontată din fondul de spital), din care:

- Suma aferentă trimestrului I este 40.466,81 lei

- luna I 13.494,41 lei

- luna II 13.488,75 lei

- luna III 13.483,65 lei

- Suma aferentă trimestrului II este 35.229,53 lei

- luna IV 13.485,95 lei

- luna V 13.213,58 lei

- luna VI 8.530,00 lei

- Suma aferentă trimestrului III 154.049,81 lei,

din care:

- luna VII 38.950,00 lei

- luna VIII 44.441,98 lei

- luna IX 70.657,83 lei

- Suma aferentă trimestrului IV 79.640,10 lei,

din care:

- luna X 38.950,00 lei

- luna XI 20.345,05 lei

- luna XII 20.345,05 lei.

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

ART. 9 Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative care se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de 09 a lunii pentru care se face plata.

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

## VII. Calitatea serviciilor medicale

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

## VIII. Răspunderea contractuală

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

## IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo. (2) Partea care invocă forță 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 înacetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și înacetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțunea contractului.

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale paraclinice peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

#### X. Sanctiuni, condiții de reziliere, înacetare și suspendare a contractului

ART. 14 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor, paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) – c), e) – g), i) – r), t), t), u), w), x), y), ag) – ah) și aj), se aplică următoarele sanctiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (3), casele de asigurări de sănătate țin evidență distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri 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 de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la înacetarea valabilității acestora;

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/transmitere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, 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) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență finanțier-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

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

h) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) și (2), precum și odată cu prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 14 alin. (3) pentru furnizorii de servicii paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

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

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 72 alin. (11) din H.G. nr.400/2014 și a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. ș), z), ac) - af);

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menționate la art. 7 lit. aa);

l) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filiale/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate după data excluderii acestora din contract.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru – prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. e), g) și l) și art. 7 lit. e), f), i) și o) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre 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;

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

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. 17 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru după caz.

(3) 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.

(4) 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/inregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidentă 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 niciunalt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

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

(6) 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 (3) - (5), se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruiu dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. a) - c) din anexa 2 la H.G. nr.400/2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. s), 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;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatătă 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;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

f) în situația în care casa de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sesizează, documentează, neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizati în efectuarea investigațiilor.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de suspendare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru după caz.

ART. 18 (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. a) sub pct. a2 - a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) sub pct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește închiderea contractului.

## XI. Corespondență

ART. 19 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul laboratorului declarat în contract.

(2) 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 celelalte părți contractante schimbarea survenită.

## XII. Modificarea contractului

ART. 20 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

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

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile conving că orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putința spiritului contractului.

ART. 22 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 5 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

## XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și închiderea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

## XIV. Alte clauze

ART. 24 (1) Depunerea raportarilor (pe suport electronic și de harti) insotite de factura pentru serviciile medicale efectuate se face în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare pentru luna pentru care se face raportarea. Nerespectarea acestei clauze se va atentiona cu avertizare la prima abatere iar începând cu a doua abatere se sanctionează cu diminuarea valorii minime garantate a punctului în luna în care se constată această situație astfel:

5% la a doua abatere,

10% la a treia abatere,

15% la a patra abatere,

la a cincea abatere contractul se reziliează.

(2) În cazul nerespectării acestei clauze de două ori în cadrul unui trimestru contractul se reziliează.

ART. 25 În cazul expirării unui document depus la dosarul de contractare, furnizorul este obligat să-l actualizeze în termen de 5 zile de la expirarea acestuia. Dacă în termen de 15 zile, de la expirarea documentului mai sus menționat,

furnizorul nu depune la CAS Galati documentul actualizat, atunci acesta se sanctioneaza cu diminuarea cu 10% din valoarea de contract in luna in care se constata aceasta situatie.

ART. 26 Furnizorul are obligatia sa aduca la cunostinta CAS Galati adresele de e-mail, sa consulte permanent site-ul Casei de Asigurari de Sanatate Galati. Toate comunicarile postate pe site si transmise pe e-mail furnizorilor se considera a fi cunoscute de catre furnizor.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost inchis azi 01.07.2014, in doua exemplare a cate 12 pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

Președinte - director general,

Dr. Elena VRABIE



Directia economica – Director executiv,  
Ec. Iulia Simona PETCU

Directia relatii contractuale – Director executiv,  
Ec. Mihaela Oana DOCAN

Compartiment relatii cu furnizorii,

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Reprezentant legal,

Dr. Victorita STEFANESCU



Contabil sef,  
Ec. Laura CLOSCA

Vizat

Juridic, contencios  
Cons.jur. Simona Catanghel