

**CONTRACT NR.831/14.04.2017**  
**pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programelor**  
**naționale de sănătate curative în anii 2017 - 2018**

**I. Părțile contractante**

**Casa de Asigurări de Sănătate Dolj**, cu sediul în municipiul/orașul Craiova, str.1 Decembrie 1918 nr.8, județul/sectorul Dolj, telefon 0251/406666, fax 0251/406349 reprezentată prin președinte-director general **Mihaela-Luci Ștefan**, și

Unitatea sanitară **Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Craiova**, cu sediul în municipiul Craiova, str.Tabaci, nr.1, județul Dolj, telefon 0251/502200, fax 251/534523, reprezentată prin **Bogdan-Marius Fănuță**, având actul de înființare/organizare nr. 189/07.07.1970, Autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr.1744/17.03.2017, Dovada de evaluare nr. 259/03.04.2017, codul fiscal 5002142 și contul nr.RO14TREZ29120F332100XXXX, deschis la Trezoreria Statului-Craiova sau cont nr. .... deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata Contractului nr. 831/14.04.2017.

**II. Obiectul contractului**

**ART. 1**

Obiectul prezentului contract îl constituie finanțarea programului/subprogramului din cadrul programelor naționale de sănătate curative:

**1.Programul national de boli cardiovasculare –asigura materiale sanitare specifice urmatoarelor tratamente:**

*a) tratamentul pacienților cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic și aspectul morfofuncțional;*

*b) tratamentul pacienților cu aritmii rezistente la tratament convențional prin proceduri de electrofiziologie;*

*c) tratamentul pacienților cu bradiaritmii severe prin implantare de stimuloare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic și electrofiziologic al aritmiei și cu starea clinică a pacientului;*

*d) tratamentul pacienților cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convențional prin implantarea de defibrilatoare interne*

e) *tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă și fracție de ejeție < 35% prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă severă;*

## **2. Programul national de oncologie**

a) **Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (adulți și copii)** - *pentru asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu afecțiuni oncologice: citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creștere și inhibitori de osteoclaste;*

b) **Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare** - *pentru asigurarea endoprotezelor mamare pentru reconstrucția mamară după afecțiuni oncologice;*

**3. Programul national de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)**- *pentru reabilitarea auditivă prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive).*

**4. Programul national de diabet zaharat** –*pentru asigurarea:*

a) - *tratamentului specific bolnavilor cu diabet zaharat: insulina și ADO;*  
b) - *accesului la pompe de insulina și materiale consumabile pentru acestea pentru cazurile aprobate de coordonatorii centrelor metodologice regionale.*

## **5. Programul national de tratament al hemofiliei și talasemiei**

a) *asigurarea, în spital și în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, a medicamentelor specifice pentru prevenția și tratamentul accidentelor hemoragice ale bolnavilor cu hemofilie congenitală (hemofilia A și B), boala von Willebrand) și hemofilie dobândită;*

b) *asigurarea, în spital și în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, a tratamentului cu chelatori de fier pentru bolnavii cu talasemie.*

**6. Programul national de tratament boli rare** – *pentru asigurarea, în spital și în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis a medicamentelor specifice pentru:*

a) *tratamentul bolnavilor cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter);*  
b) *tratamentul bolnavilor cu sindrom de imunodeficiență.*

**7. Programul national de ortopedie** - *pentru asigurarea cu materiale sanitare specifice pentru tratamentul prin endoprotezare al bolnavilor cu afecțiuni*

*articulare și implanturi de fixare pentru tratamentul instabilităților articulare cronice în vederea prevenirii degenerării articulare.*

## **8. Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță**

- **Subprogramul de radiologie intervențională-** *pentru asigurarea dispozitivelor medicale și a materialelor sanitare specifice pentru:*

*a) terapia afecțiunilor vasculare periferice (angioplastia renală, angioplastia periferică cu balon, angioplastia periferică cu stent, tratamentul anevrismelor de aortă cu stent/graft, montare filtru vena cava);*

*b) terapia unor afecțiuni ale coloanei vertebrale (disectomia mecanică, disectomia termică, nucleoplastie cu substanțe lichide tip alcool, vertebroplastie și biopsie, infiltrații discale paravertebrale);*

*c) terapia hemoragiilor acute sau cronice posttraumatice sau asociate unor afecțiuni sau unor intervenții terapeutice prin tehnici de radiologie intervențională (embolizare periferică cu spirale, drenaje colecții abdominale ghidate radiologic, drenaje biliare ghidate radiologic, TIPSS cu stent metalic, TIPSS cu sten-graft).*

necesare în terapia în spital/în spital și ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018 și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017, denumite în continuare norme tehnice.

### **III. Durata contractului**

ART. 2

Prezentul contract este valabil de la data de 01 mai 2017 până la data de 31 decembrie 2018.

ART. 3

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 155/2017.

### **IV. Obligațiile părților**

ART. 4

(1) Obligațiile casei de asigurări de sănătate sunt:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii

spitalicești, în condițiile legii, 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, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, 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 medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/materialelor sanitare/serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, conform normelor tehnice, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

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

d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de derulare 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 efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze furnizorilor, la momentul finalizării controlului, procesele-verbale de constatare 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;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

h) să trimită spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru pacienții titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

j) să țină evidența distinctă pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru pacienții beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și 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;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea, acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, precum și 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, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.

(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relație contractuală cu furnizorii pentru finanțarea programelor naționale de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute

la alin. (1), au obligația de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală.

#### ART. 5

Obligațiile unității sanitare sunt:

a) să furnizeze servicii medicale pacienților asigurații, cuprinși în programele naționale de sănătate curative și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice din cadrul programelor naționale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unitățile sanitare cu paturi vor raporta sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

e) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente medicamentelor, inclusiv a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate precum și a serviciilor medicale acordate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic. Medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente și materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii medicale, după caz, în

cadrul programelor/subprogramelor, servicii medicale paraclinice, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant identificat prin codul de parafă, medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați în actele normative în vigoare;

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, la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

k) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare specifice contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

m) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei

căroră li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele căroră nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare specifice, serviciilor, după caz. În situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specific, de la farmacie, se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate. Medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei căroră li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele căroră nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile alin. (14), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor Legii nr.



455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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

q) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, servicii medicale, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora în cadrul programelor naționale de sănătate curative, precum și cu privire la utilizarea materialelor sanitare specifice și a medicamentelor și cu privire la faptul că numai medicamentele prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre de guvern, se decontează din fond;

s) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

ș) să dispună măsuri pentru gestionarea eficientă a mijloacelor materiale și bănești;

t) să organizeze evidența cheltuielilor pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ și pe subdiviziunile clasificăției bugetare atât în prevederi, cât și în execuție;

ț) să achiziționeze, în condițiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ținând cont de nevoile reale, consumurile realizate și de stocurile cantitativ-valorice, în condițiile legii, la nivelul prețului de achiziție, care pentru medicamente nu poate depăși prețul de decontare;

u) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, cu evidențe distincte, inclusiv pentru DCI-urile aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru DCI-urile care fac obiectul contractelor cost-volum;

v) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line/copii ale foilor de condică în baza cărora s-au eliberat

medicamentele/materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare cu evidențe distincte pentru fiecare program/subprogram național de sănătate;

w) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică on-line și numai pentru situații justificate prescripția electronică off-line, pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru medicamentele și materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată, iar în situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor; 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 asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie. În condițiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, să informeze asigurații prin medicii curanți/medicii prescriptori că acestea nu se decontează din Fond, putând face dovada prin semnătura asiguratului că a fost informat în acest sens;

x) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale, potrivit prevederilor legale în vigoare;

y) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative, serviciile prin tratament Gamma Knife, efectuate, după caz, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

aa) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate informațiile și

documentele solicitate de aceasta în domeniu pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului;

ab) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ac) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;

ad) să asigure medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru pacienții titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

ae) să asigure servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru pacienții beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și 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;

af) să întocmească evidențe distincte pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea asigurate potrivit prevederilor lit. (ad) și (ae) și decontate din bugetul FNUASS;

ag) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală serviciile prevăzute la lit. ad) și ae), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare;

ah) să asigure bolnavului care se află în spitalizare continuă transportul medicalizat, după caz, în vederea efectuării serviciilor medicale asigurate în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

ai) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condițiile pentru a beneficia de materiale sanitare în cadrul programelor naționale curative de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile, ortopedie și

boli cardiovasculare. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

aj) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora.

## **V. Valoarea contractului**

### **ART. 6**

1. Sumele se angajează anual în limita sumelor aprobate prin Legea bugetului de stat.

2. Pentru anul 2017, valoarea contractului (Se detaliază fiecare program/subprogram.) este **7.332.982,54 lei** din care :

**1. Programul național de boli cardiovasculare – suma de 872.490,00 lei** a carui distribuție pe componentele finanțate este următoarea:

a)- proceduri de dilatare percutană – **406.130,00 lei**

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre după cum urmează:

<b>-trimestrul I</b>	<b>112.500,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>146.820,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>146.810,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

b) - proceduri de electrofiziologie- **233.330,00 lei**

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre după cum urmează:

<b>-trimestrul I</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>116.670,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>116.660,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

c) - stimulatoare cardiace – **112.010,00 lei**

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre după cum urmează:

<b>-trimestrul I</b>	<b>38.060,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>73.950,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

d)- defibrilatoare interne - **81.060,00 lei**

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre după cum urmează:

<b>-trimestrul I</b>	<b>26.730,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>54.330,00 lei</b>

<b>-trimestrul III</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

e) - dispozitive de resincronizare cardiacă **-39.960,00 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>10.770,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>29.190,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

## **2.Programul national de oncologie**

**a) Subprogramul de tratament medicamentos al bonavilor cu afectiuni oncologice (adulti si copii) – 2.012.580,26 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>468.689,85 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>781.089,75 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>762.800,66 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

**b) Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare - 1.276,25 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>1.276,25 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

**3.Programul national de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive)- 409.920,00 lei din care:**

**a)-implanturi cohleare-385.540,00 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>250.000,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>135.540,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

**b)-proteze auditive- 24.380,00 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>0,00 lei</b>
----------------------	-----------------

<b>-trimestrul II</b>	<b>23.280,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>1.100,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

**4. Program national de diabet zaharat – suma de 413.741,74 lei** a carui distributie pe componentele finantate este urmatoarea:

*a)* asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu diabet zaharat: insulina și ADO - **6291,74 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>1.570,52 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>2.622,90 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>2.098,32 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

*b)* asigurarea accesului la pompe de insulina și materiale consumabile pentru acestea pentru cazurile aprobate de coordonatorii centrelor metodologice regionale – **407.450.00 lei** din care:

*b1)*-pompe de insulina **-54.040,00 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>25.900,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>28.140,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

*b2)*-seturi pompe insulina- **353.410,00 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>70.150,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>171.000,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>112.260,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

**5. Programul national de tratament al hemofiliei si talasemiei – 587.515,17 lei** din care:

*a) Hemofilie fara inhibitori*

*a1)*-Hemofilie on demand – **305.852,44 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>26.072,05 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>155.433,55 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>124.346,84 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

a2)-Hemofilie cu substitutie profilactica continua – **272.233,45 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>30.595,15 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>134.243,5 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>107.394,80 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

b) Talasemie -**9.429,28 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>3.228,43 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>6.200,85 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

**6.Programul national de tratament boli rare -1.109.909,12 lei din care:**

a) -sindrom Hunter -**1.049.909,12 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>557.420,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>222.774,02 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>269.715,10 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

b)- sindrom de imunodeficiență- **60.000,00 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>60.000,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

**7.Programul national de ortopedie – 1.752.960,00 lei din care:**

a)-endoprotezare adulti – **1.668.510,00 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>456.980,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>644.090,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>567.440,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

b)- implanturi de fixare pentru tratamentul instabilităților articulare cronice -  
**84.450,00 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>28.550,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>53.480,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>2.420,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

### **8. Programul national de diagnostic si tratament cu ajutorul aparaturii de inalta performanta**

**- Subprogramul de radiologie intervențională – suma de 172.590,00 lei a carui distributie pe componentele finantate este urmatoarea:**

**a) terapia afecțiunilor vasculare periferice -50.820,00 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>13.560,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>37.260,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

**b) terapia unor afecțiuni ale coloanei vertebrale -75.190,00 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>14.440,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>60.750,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

**c) terapia hemoragiilor acute sau cronice posttraumatice – 46.580,00 lei**

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre dupa cum urmeaza:

<b>-trimestrul I</b>	<b>10.800,00 lei</b>
<b>-trimestrul II</b>	<b>35.780,00 lei</b>
<b>-trimestrul III</b>	<b>0,00 lei</b>
<b>-trimestrul IV</b>	<b>0,00 lei</b>

3. Lunar, până la data de **30** a lunii următoare celei pentru care se face plata, CAS decontează contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise la CAS până la data de **15**, cu încadrarea în sumele contractate.



## **VI. Finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative**

### **ART. 7**

(1) Unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea indicatorii specifici programelor realizați în luna anterioară și documente justificative cu privire la sumele achitate, conform documentului emis de trezorerie care face dovada achitării în ordine cronologică a contravalorii facturii pentru medicamente și/sau materiale sanitare specifice aprovizionate, cererea justificativă, însoțită de copia de pe factura emisă de furnizor pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice aprovizionate pentru luna precedentă.

(2) Pentru serviciile Gamma Knife unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi tratați, valoarea serviciilor efectuate, costul mediu/serviciu prin tratament Gamma Knife.

(3) Pentru serviciile de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi diagnosticați, valoarea serviciilor efectuate, costul mediu/serviciu de diagnosticare a leucemiilor acute, precum și copii ale referatelor de solicitare a serviciilor de diagnostic și a rezultatelor serviciului efectuat.

### **ART. 8**

(1) Casa de asigurări de sănătate analizează indicatorii prezentați prin decont, gradul și modul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior, precum și stocurile cantitativ-valorice, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la primire.

(2) Validarea facturilor depuse în vederea decontării se realizează în termen de 30 de zile de la data depunerii documentelor justificative.

(3) Decontarea contravalorii facturii prezentate în copie de unitatea sanitară pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice achiziționate, în condițiile legii, se realizează lunar în limita sumei prevăzută în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate.

## **VII. Răspunderea contractuală**

### **ART. 9**

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

### **ART. 10**

Casa de asigurări de sănătate controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate și analizează indicatorii prezentați.

## ART. 11

(1) Nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. a) - w), y), aa) și ac) - aj) în contractele încheiate casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv.

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. y) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/subprogramul respectiv.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. y) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (2), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/subprogramul respectiv.

(4) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către unitățile sanitare cu paturi a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(5) în cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. ab), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se reține o sumă calculată prin aplicarea unui procent de

1% din valoarea totală aferentă prescripțiilor medicale electronice prescrise off-line și a prescripțiilor medicale cu regim special unic pe țară, pentru luna în care s-a produs această situație.

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se reține o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 3% din valoarea totală aferentă prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și a prescripțiilor medicale cu regim special unic pe țară, pentru luna în care s-a produs această situație.

(6) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (5) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național curativ.

(7) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (5) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative.

#### ART. 12

(1) Contractul se suspendă printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

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

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative; suspendarea contractului pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada

suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești.

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

(3) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele pentru finanțarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului național de sănătate curativ, încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare, se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

#### ART. 13

(1) Prezentul contract încetează în următoarele situații:

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

a1) la data de 01.01.2018, în situația în care până la 31.12.2017, unitatea sanitară nu a îndeplinit criteriile cuprinse în chestionarele de evaluare

a2) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a3) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a4) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voință al părților;

c) 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.

(2) 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 nici un alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

(4) La încetarea prezentului contract din alte cauze decât prin ajungere la

termen, excluzând forța majoră, Furnizorul este obligat să asigure continuitatea prestării serviciilor, în condițiile stipulate în prezentul contract, până la preluarea acestora de către un alt furnizor selectat sau numit, în condițiile legii.

### **VIII. Soluționarea litigiilor**

#### **ART. 14**

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului 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.

### **IX. Clauze speciale**

#### **ART. 15**

Sumele înscrise în prezentul contract sunt cuprinse în fondurile aprobate pe anul 2017.

#### **ART. 16**

Se pot încheia acte adiționale la prezentul contract în situația în care se aprobă modificări în volumul și în structura programului/subprogramului, pe parcursul derulării acestuia.

#### **ART. 17**

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, în conformitate cu prevederile legale. Dacă pe durata derulării prezentului contract expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare pentru toată durata de valabilitate a contractului.

### **X. Forța majoră**

#### **ART. 18**

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

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră și, de asemenea, de la

încetarea acestui caz. Dacă nu se 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 la termen.

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

## **XI. Dispoziții finale**

### **ART. 19**

Orice modificare poate fi făcută numai cu acordul scris al ambelor părți.

ART. 20 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.

## **XII. Alte clauze**

*1) Valoarea actelor adiționale de prelungire a contractului aferente lunilor ianuarie- aprilie 2017, în conformitate cu prevederile legale este inclusă în valoarea prezentului contract pentru anul 2017, pentru furnizorii care au fost în relație contractuală cu CAS .*

Prezentul contract s-a încheiat astăzi, **14.04.2017**, în două exemplare a câte 22 (douazecisidoua) pagini, câte un exemplar pentru fiecare parte, și se completează conform normelor legale în vigoare.

Casa de Asigurări de Sănătate

Președinte-director general,  
MIHAELA-LUCI ȘTEFAN

Director executiv  
Direcția economică,  
SIMONA-GEORGETA SUBȚIRELU

Director executiv  
Direcția relații contractuale,  
CRISTIAN POPEȘCU

Medic-șef,  
MARIANA COJOCARU

Avizat juridic, contencios  
BOGDAN DĂDULESCU

Furnizor de servicii medicale

Manager,  
MARIUS-BOGDAN FĂNUȚĂ

Director financiar-contabil,  
CORINA BAMBACHE

Director medical,  
DANIEL TARNIȚĂ

Director îngrijiri,  
GETA LUPULEȚU

Avizat juridic,