



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul XIV — Nr. 585

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Miercuri, 7 august 2002

SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	ORDINE	
129/509/M50/274/369/DT/5.186/10/940/400. — Ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al președintelui Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, al ministrului apărării naționale, al ministrului de interne, al ministrului justiției, al directorului Serviciului Român de Informații, al directorului Serviciului de	Telecomunicații Speciale, al directorului Serviciului de Informații Externe și al directorului Serviciului de Protecție și Pază pentru aprobarea Normelor proprii de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.....	1-32

ORDINE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Nr. 129 din 7 mai 2002

MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE

Nr. M50 din 8 mai 2002

MINISTERUL JUSTIȚIEI

Nr. 369/DT din 9 mai 2002

SERVICIUL DE TELECOMUNICAȚII
SPECIALE

Nr. 10 din 15 mai 2002

SERVICIUL DE PROTECȚIE ȘI PAZĂ

Nr. 400 din 13 iunie 2002

CASA ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE

A APĂRĂRII, ORDINII PUBLICE,
SIGURANȚEI NAȚIONALE

ȘI AUTORITĂȚII JUDECĂTOREȘTI

Nr. 509 din 26 aprilie 2002

MINISTERUL DE INTERNE

Nr. 274 din 7 iunie 2002

SERVICIUL ROMÂN DE INFORMAȚII

Nr. 5.186 din 16 mai 2002

SERVICIUL DE INFORMAȚII EXTERNE

Nr. 940 din 14 mai 2002

ORDIN

pentru aprobarea Normelor proprii de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, președintele Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, ministrul apărării naționale, ministrul de interne, ministrul justiției, directorul Serviciului Român de Informații, directorul Serviciului de Telecomunicații Speciale, directorul Serviciului de Informații Externe și directorul Serviciului de Protecție și Pază,

în temeiul prevederilor: art. 5¹ din Ordonanța Guvernului nr. 56/1998 privind înființarea, organizarea și funcționarea Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 458/2001,

având în vedere prevederile:

- Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare;
 - Hotărârii Guvernului nr. 1.244/2001 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară;
 - Hotărârii Guvernului nr. 1.245/2001 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, cu modificările și completările ulterioare;
 - Hotărârii Guvernului nr. 1.330/2001 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și serviciilor de recuperare-reabilitare, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate;
 - Hotărârii Guvernului nr. 1.331/2001 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a contractului-cadru privind condițiile acordării dispozitivelor medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate;
 - Hotărârii Guvernului nr. 443/1998 privind reorganizarea și finanțarea unor unități sanitare, cu modificările și completările ulterioare,
- emit următorul ordin:

Art. 1. — (1) Se aprobă Normele proprii de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și aplicabile în relațiile contractuale dintre Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și furnizorii de servicii medicale și farmaceutice care aparțin acestei rețele, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

(2) Relațiile contractuale dintre Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și ceilalți furnizori de servicii medicale, farmaceutice și dispozitive medicale se vor derula în conformitate cu prevederile normelor metodologice aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de

Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 851 din 29 decembrie 2001, prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 604/4.188/2001, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 852 din 29 decembrie 2001, prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 629/4.233/2001, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 83 din 1 februarie 2002, și prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 630/4.234/2001, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 98 din 4 februarie 2002.

Art. 2. — Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
prof. univ. dr. **Eugeniu Țurlea**

Ministrul apărării naționale,
Ioan Mircea Pașcu

Ministru de interne,
Ioan Rus

Directorul Serviciului de Informații Externe,
Gheorghe Fulga

Președintele Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării,
Ordinii Publice, Siguranței Naționale
și Autorității Judecătorești,
general de brigadă medic **Șerban Rădulescu**

p. Ministrul justiției,

Doru Crin Trifoi,
secretar de stat

Directorul Serviciului Român de Informații,
Radu-Alexandru Timofte

Directorul Serviciului de Telecomunicații Speciale,
Tudor Tănase

p. Directorul Serviciului de Protecție și Pază,
general de brigadă **Iulian Crăiniceanu**

ANEXĂ

NORME PROPRII

de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești

CAPITOLUL I Dispoziții generale

Art. 1. — (1) Prezentele norme stabilesc reguli de aplicare a contractelor-cadru aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1.244/2001, Hotărârea Guvernului nr. 1.245/2001, cu modificările și completările ulterioare, Hotărârea Guvernului nr. 1.330/2001 și prin Hotărârea

Guvernului nr. 1.331/2001, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețelele sanitare proprii din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

(2) Prevederile prezentelor norme, în măsura în care nu dispun altfel, se completează cu dispozițiile normelor metodologice aprobate prin ordinele președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale președintelui

Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001, nr. 604/4.188/2001, nr. 629/4.233/2001 și nr. 630/4.234/2001.

(3) Prezentele norme se aplică începând cu data intrării în vigoare a Hotărârii Guvernului nr. 1.244/2001, Hotărârii Guvernului nr. 1.245/2001, Hotărârii Guvernului nr. 1.330/2001 și a Hotărârii Guvernului nr. 1.331/2001.

Art. 2. — Furnizorii de servicii medicale din rețelele sanitare aparținând sistemului apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești sunt cei prevăzuți la art. 5 din Ordonanța Guvernului nr. 56/1998 privind înființarea, organizarea și funcționarea Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 458/2001.

Art. 3. — Atribuțiile ce revin potrivit legii direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București în domeniul asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt exercitate de către direcțiile medicale sau de alte structuri similare ale ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești în cadrul rețelelor sanitare proprii.

Art. 4. — (1) În vederea încheierii contractului furnizorii de servicii medicale vor prezenta documentele prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate. Certificatului de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale îi este asimilat actul de înființare a furnizorilor de servicii medicale.

(2) La încheierea contractului de furnizare de servicii farmaceutice furnizorii vor prezenta documentele prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu excepția certificatului de înmatriculare la registrul comerțului.

Art. 5. — Toate documentele care stau la baza încheierii și derulării contractului de furnizare de servicii medicale și farmaceutice în baza prezentelor norme și care sunt confidențiale datorită specificului instituțiilor respective se certifică prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor, care vor răspunde de exactitatea și realitatea datelor transmise și/sau raportate. Aceste documente se prezintă spre verificare de reprezentanții legali ai furnizorilor numai reprezentanților abilitați de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și agreeți de furnizor.

Art. 6. — Modelele contractelor de furnizare de servicii medicale și farmaceutice, adaptate situațiilor specifice, după caz, care se încheie între Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și furnizorii de servicii medicale din rețelele ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, sunt prevăzute în anexele nr. 1—6.

CAPITOLUL II

Asistența medicală primară

SECȚIUNEA I

Modalități de contractare

Art. 7. — Pentru cabinetele medicale de unitate/infirmerii contractul de furnizare de servicii medicale în asistență medicală primară se încheie între spitalul militar, spitalul penitenciar sau alte unități sanitare care coordonează activitățile medicale din aceste cabinete și Casa Asigurărilor

de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, conform reglementărilor specifice.

Art. 8. — Pentru cabinetele medicale aflate în structura centrelor medicale județene și ale municipiului București contractul de furnizare de servicii medicale în asistență medicală primară se încheie de reprezentantul legal al centrului medical și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Art. 9. — Contractul de furnizare de servicii medicale în asistență medicală primară pentru cabinetele medicale aflate în structura/coordonarea centrelor medicale de diagnostic și tratament sau a altor unități sanitare similare se încheie de reprezentantul legal al acestora și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Art. 10. — Contractul de furnizare de servicii medicale în asistență medicală primară pentru cabinetele medicale aflate în structura spitalelor din rețelele sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești se încheie de reprezentantul legal al acestor spitale și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Art. 11. — Listele cuprinzând asigurații Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistență medicală primară, se întocmesc cu respectarea specificului ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, după cum urmează:

a) pentru cabinetele medicale de unitate/infirmerii listele care includ și militari în termen, elevi și studenți militari, deținuți se certifică de către comandantul unității și de către reprezentantul legal al unității sanitare în coordonarea căreia se află cabinetul medical; medicul din cabinetul medical de unitate/infirmerie are obligația de a aduce la cunoștință medicului de familie de la care a plecat asiguratul, prin comunicare scrisă, în termen de 15 zile, includerea acestuia pe lista sa;

b) pentru cabinetele medicale care funcționează în sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și în care se acordă asistență medicală anumitor categorii de asigurați a căror identitate nu poate fi divulgată din motive de siguranță națională, precum și pentru cabinetele medicale în care se acordă asistență medicală reținuților și arestaților preventiv listele vor fi raportate numeric, conform metodologiei stabilite de comun acord de ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Art. 12. — Pentru asigurații care virează contribuția la Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și care se găsesc înscrși pe listele unor medici de familie care au încheiat contract cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești va confirma, în scris, caselor de asigurări de sănătate respective calitatea de asigurat al Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și faptul că nu sunt înscrși pe listele unor medici de medicină generală acreditați ca medic de familie, care sunt în relații contractuale cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

SECȚIUNEA II

Modalități de colectare a contribuției pentru asigurările sociale de sănătate pentru unele categorii speciale de asigurați și modalități de plată a furnizorilor în asistența medicală primară

Art. 13. — Contribuția la asigurările sociale de sănătate pentru arestații preventiv se virează lunar de către ordonatorul de credite cu ordin de plată întocmit separat pentru aceste categorii de asigurați, iar declarația pentru contribuția la Fondul de asigurări sociale de sănătate, împreună cu fotocopia ordinului de plată vizat de trezorerie vor fi remise la Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Art. 14. — Plata furnizorilor de servicii medicale pentru asistența medicală acordată arestaților preventiv se efectuează pe baza raportărilor numerice, după următoarele formule, adaptate formularelor de raportare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate:

$$\frac{\text{total număr de arestați preventiv în fiecare zi a lunii}}{\text{număr de zile calendaristice}} = \text{număr mediu de arestați preventiv pe lună}$$

$$\frac{\text{număr mediu de arestați preventiv pe lună} \times 10}{12} = \text{număr de puncte neajustate pe lună}$$

Numărul inițial de arestați preventiv se va stipula în contract și va fi cel existent la data de 1 ianuarie 2002.

Cheia de control și plata serviciilor medicale raportată la numărul mediu de arestați preventiv pe lună se fac prin comparare cu nivelul contribuției la Fondul de asigurări sociale de sănătate, calculat după următoarea formulă:

$$\frac{\text{total număr de arestați preventiv aflați în arest în fiecare zi a lunii} \times 2 \text{ salarii minime brute pe țară} \times 7\%}{\text{număr de zile calendaristice}}$$

Art. 15. — Casele județene de asigurări de sănătate și a municipiului București vor comunica medicului pe lista căruia se aflau aceste categorii de asigurați până la intrarea în arest preventiv datele primite trimestrial de la serviciile de specialitate din cadrul inspectoratelor de poliție județene și al Direcției Generale de Poliție a Municipiului București, respectiv datele de identitate ale acestora, durata cât s-au aflat în arest, precum și numărul de puncte *per capita* pentru care Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești a efectuat plata, făcând regularizarea corespunzătoare.

Art. 16. — În centrele medicale de diagnostic și tratament, în centrele medicale județene și ale municipiului București calculul punctelor aferente asistenței medicale în afara programului de lucru realizat de către medicii care asigură permanența se calculează după formula:

$$\text{număr de puncte/oră} \times \text{număr de ore lucrate/zi} \times \text{număr de zile lucrate} \times \text{număr de medici}$$

Art. 17. — Pentru perioada de absență a medicului care acordă asistență medicală primară ministerele și instituțiile în a căror subordine se află acesta organizează preluarea activității medicale de către un alt medic, comunicând despre acesta Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Art. 18. — Direcțiile medicale sau alte structuri similare acestora din cadrul ministerelor și instituțiilor din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești vor pune la dispoziție Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești liste cuprinzând medicii cu licență de înlocuire, fără obligații contractuale, cum este și cazul

medicilor militari pensionari sau disponibilizați, care pot prelua activitatea în condițiile legii.

Art. 19. — Dispozițiile art. 12 teza întâi din anexa nr. 1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 604/4.188/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară nu sunt aplicabile militarilor în termen, elevilor și studenților din instituțiile de învățământ militare, precum și persoanelor private de libertate.

Art. 20. — Medicii de familie aflați în relații contractuale cu casele județene de asigurări de sănătate, respectiv a municipiului București, care au înscrși pe lista proprie asigurați ai Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, vor prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală pentru aceștia, pe rețete tip Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, în vederea decontării medicamentelor de către această casă de asigurări de sănătate, și vor elibera scrisori de trimitere personalizate pentru sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

Art. 21. — (1) Numărul total de puncte se ajustează și în raport de condițiile în care se desfășoară activitatea, astfel: criteriile de încadrare a cabinetului medical în una dintre cele 3 condiții de desfășurare a activității se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al ministrului apărării naționale, ministrului de interne, ministrului justiției, directorului Serviciului Român de Informații, directorului Serviciului de Telecomunicații Speciale, directorului Serviciului de Informații Externe și al directorului Serviciului de Protecție și Pază:

- pentru zone izolate, cu până la 20%;
- pentru condiții grele, cu până la 40%;
- pentru condiții foarte grele, cu până la 60%.

(2) Lista cuprinzând cabinetele medicale în care se acordă asistență medicală primară la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilește anual de direcțiile medicale sau de alte structuri similare din ministerele și instituțiile din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești în cadrul rețelelor sanitare proprii și se aprobă anual de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

CAPITOLUL III

Modalitățile de plată în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice

Art. 22. — Numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de servicii paraclinice și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești se stabilește în limita numărului de investigații paraclinice efectuate în anul precedent, cu încadrarea în suma prevăzută cu această destinație. Numărul de investigații paraclinice poate fi renegociat dacă fondul cu această destinație suferă modificări în cursul anului sau dacă se înregistrează economii la alți furnizori de servicii paraclinice, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație.

Art. 23. — Decontarea de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești a serviciilor medicale stomatologice

preventive și a tratamentelor stomatologice se face în limita unui plafon trimestrial pe fiecare medic în cazul cabinetelor medicale din unitățile sanitare ambulatorii de specialitate aparținând ministerelor cu rețele sanitare proprii, precum și în cadrul ambulatoriilor de specialitate integrate spitalelor din rețeaua ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

Art. 24. — Cabinetele medicale din structurile menționate la art. 23 vor ține evidența serviciilor medicale pentru fiecare asigurat, iar documentele justificative ce urmează să fie întocmite în vederea decontării de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești vor fi adaptate la specificul fiecărei instituții și minister, cu respectarea confidențialității datelor.

CAPITOLUL IV

Modul de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Art. 25. — Asistența cu medicamente în tratamentul ambulatoriu se asigură de farmaciile autorizate/acreditate conform prevederilor legale în vigoare, precum și de farmaciile care funcționează în structura unităților sanitare din ambulatoriu de specialitate din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească.

Art. 26. — În vederea respectării prevederilor speciale cuprinse în legile proprii de organizare și funcționare, de care beneficiază anumite categorii de asigurați a căror identitate nu poate fi divulgată din motive de siguranță națională, modalitatea de întocmire/raportare și verificare a prescripțiilor medicale și a documentelor justificative va fi stabilită de comun acord de către ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Art. 27. — Medicamentele cu sau fără contribuție personală se acordă pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care se află în relații contractuale cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și de medicii din cabinetele de unitate din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești aflați în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, prin intermediul reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, pentru asigurații Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Art. 28. — Pentru farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriile de specialitate din rețeaua sanitară proprie Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești va acorda, în cadrul sumelor contractate, până pe data de 5 a lunii, avansuri lunare în limita a 30% din suma corespunzătoare lunii respective, în acest sens valoarea contractată urmând să fie defalcată în tranșe lunare.

CAPITOLUL V

Modalitățile de plată în asistența medicală spitalicească

Art. 29. — (1) Numărul de cazuri de spitalizare/spital și secție se negociază diferențiat pentru asigurații Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și cei ai

altor case de asigurări de sănătate, în funcție de numărul de cazuri de spitalizare/spital și secție stabilit ca medie a numărului de internări pe ultimii 5 ani/spital și de gradul de adresabilitate la spitalul/secția respectivă. Numărul anual de cazuri negociat se defalchează pe trimestre.

(2) În cazul în care într-un spital se realizează un număr mai mic de internări în unele secții, economiile realizate vor fi utilizate pentru plata unui număr mai mare de internări la nivelul altor secții din cadrul spitalului, unde se justifică aceasta.

Art. 30. — Durata optimă de spitalizare/secții, aprobată de Ministerul Sănătății și Familiei pentru spitalele penitenciare, este prevăzută în anexa nr. 7.

Art. 31. — În situația în care numărul de cazuri externe este mai mare decât numărul cazurilor contractate, ca urmare a unei adresabilități crescute a acestora, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești poate accepta la decontare această depășire, cu încadrarea în sumele aprobate prin buget pentru servicii medicale spitalicești.

Art. 32. — Contravaloarea serviciilor medicale spitalicești acordate în urma unui accident de muncă se recuperează de către furnizorul de servicii medicale spitalicești, prin ordin de încasare, de la unitatea la care s-a înregistrat accidentul de muncă.

Art. 33. — Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli, respectiv suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, se defalchează de către spitale pe trimestre, cu acordul direcțiilor medicale sau al structurilor similare ale ministerelor, în funcție de subordonare, și al Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Art. 34. — Spitalele vor raporta direcțiilor medicale sau structurilor similare și Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, până la data de 5 a lunii curente pentru luna expirată, execuția bugetului de venituri și cheltuieli, respectiv realizarea indicatorilor cantitativi și calitativi comparativ cu cei contractați.

Art. 35. — Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta direcțiilor medicale sau structurilor similare și Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești execuția bugetului, respectiv realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați.

Art. 36. — Lunar, până la data de 10 a lunii curente pentru luna expirată, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești va raporta centralizat Casei Naționale de Asigurări de Sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli, respectiv realizarea de către spitale a indicatorilor cantitativi și calitativi comparativ cu cei contractați.

CAPITOLUL VI

Condițiile acordării serviciilor medicale de urgență prespitalicești și a altor tipuri de transport medical contractate cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești

Art. 37. — Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență prespitalicești și a altor tipuri de transport medical se încheie pe baza următoarelor documente:

a) actul de înființare a serviciului de ambulanță, respectiv ordinul sau dispoziția ministrului/directorului instituției căreia îi aparține unitatea sanitară;

b) autorizația sanitară de funcționare vizată pentru anul în curs;

c) codul fiscal al unității sanitare ce coordonează serviciul de ambulanță;

d) contul deschis la trezoreria statului.

Art. 38. — Este obligatorie prezența personalului medico-sanitar din cadrul serviciului de ambulanță în toate tipurile de urgență.

Art. 39. — Documentele cerute pentru contractare, care necesită revizuire periodică, vor fi prezentate vizate pentru anul în curs. Furnizorul este obligat să efectueze demersurile necesare în vederea vizării sau eliberării înainte expirării perioadei de valabilitate.

Art. 40. — Nerespectarea termenului de depunere a facturii și a documentelor de raportare, precum și raportarea incorectă și incompletă a datelor solicitate atrag nedecontarea în termenul prevăzut.

Art. 41. — Serviciile medicale de urgență prespitalicești și alte tipuri de transport medical, acordate în urma unui accident de muncă, se facturează de către serviciul de ambulanță către unitatea la care asiguratul este angajat.

Art. 42. — În cazul în care serviciul de ambulanță este solicitat în mod repetat de către un pacient diagnosticat cu o boală cronică și acesta refuză nejustificat internarea, furnizorul va informa de îndată Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, aceasta luând măsurile necesare, mergând până la nedecontarea contravalorii serviciilor, când se

dovedește culpa furnizorului, sau, după caz, recuperarea de la pacient a contravalorii serviciilor medicale.

CAPITOLUL VII

Dispoziții finale

Art. 43. — Prezentele norme se aplică în relațiile contractuale dintre Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și furnizorii de servicii medicale și farmaceutice din rețelele sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, precum și cu furnizorii de dispozitive medicale.

Art. 44. — Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizorii de servicii medicale, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția asiguratului, în limita bugetului aprobat de ordonatorul principal de credite.

Art. 45. — Recuperarea sumelor pentru asigurații care virează contribuția la alte case de asigurări de sănătate și care beneficiază de asistență medicală în unitățile sanitare din rețeaua sanitară a apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești se va face potrivit metodologiei stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, limita de cheltuieli corespunzătoare putând fi asigurată o dată cu rectificarea bugetului sau/și prin virări de credite potrivit legii.

Art. 46. — Anexele nr. 1—7 fac parte integrantă din prezentele norme.

ANEXA Nr. 1

la norme

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumită în continuare *C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.*, cu sediul în, str. nr., sectorul, telefon/fax, având codul fiscal nr. și contul nr., deschis la Direcția de trezorerie a municipiului București, reprezentată prin președinte/director general și director general adjunct economic/director financiar contabil

și

Spitalul militar/Penitenciarul, în calitate de unitate sanitară care gestionează activitățile specifice din infirmerii, reprezentat prin, cu Autorizația de înființare nr., Autorizația sanitară nr., având sediul în orașul, str. nr., județul, telefon, cont nr., deschis la trezoreria, cod fiscal nr., polița de asigurare de malpraxis nr.

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.244/2001, normelor metodologice de aplicare a acestuia, Normelor proprii de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, precum și decontarea de către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. a serviciilor de asistență medicală primară asigurate de medicii de medicină generală din infirmerii, conform Hotărârii Guvernului nr. 443/1998 privind reorganizarea și finanțarea unor unități sanitare, cu modificările și completările ulterioare.

III. Serviciile medicale furnizate

Art. 2. — Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară, detaliate în Normele de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, sunt următoarele:

- a) servicii profilactice;
- b) servicii de urgență;
- c) servicii medicale curative;
- d) servicii speciale;
- e) activități de suport.

Art. 3. — (1) Furnizarea serviciilor medicale se face pentru asigurații înscriși pe lista proprie a medicilor prevăzuți în anexa nr. 1 la prezentul contract.

(2) Furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se desfășoară la infirmeriile cuprinse în anexa nr. 2 la prezentul contract.

IV. Durata contractului

Art. 4. — Prezentul contract produce efecte de la data de 1 ianuarie 2002 până la data de 31 decembrie 2002.

Art. 5. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților contractante în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară pe anul 2002.

V. Obligațiile părților contractante

A. Obligațiile C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

Art. 6. — C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are următoarele obligații:

a) să plătească spitalului sumele convenite pentru activitățile de medicină primară efectiv prestate asiguraților în cadrul infirmeriilor a căror activitate medicală este gestionată de acest spital, pe baza facturilor emise de furnizorii de servicii medicale;

b) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale, precum și acreditarea personalului medical angajat;

c) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale primare prevăzute în prezentul contract;

d) să efectueze controlul legalității, necesității, oportunității, economicității și realității privind contravaloarea serviciilor medicale prestate de către medicii din infirmerii, precum și modul de centralizare, raportare și plată efectivă a serviciilor medicale gestionate de spital;

e) să verifice prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților și a investigațiilor medicale paraclinice recomandate de furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, în conformitate cu reglementările în vigoare;

f) să comunice furnizorului de servicii medicale, în vederea actualizării listelor proprii, numele persoanelor care și-au pierdut calitatea de asigurat prin neplata contribuției ce revine ca obligație de plată asiguratului;

g) să informeze furnizorul de servicii medicale în asistența medicală primară asupra condițiilor de contractare.

B. Obligațiile spitalului

Art. 7. — Spitalul are următoarele obligații:

a) să prezinte lista inițială a asiguraților C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. înscriși și să actualizeze lunar această listă;

b) să gestioneze activitățile din infirmerii, conform prevederilor ordinului comun al ministrului apărării naționale și al președintelui C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., emis în baza Hotărârii Guvernului nr. 443/1998, cu modificările și completările ulterioare, precum și în baza normelor metodologice elaborate de Direcția financiară și Direcția de asistență medicală din cadrul Ministerului Apărării Naționale;

c) să asigure confidențialitatea datelor rezultate din derularea prezentului contract;

d) să centralizeze documentele justificative lunare în baza cărora se va realiza decontarea sumelor convenite, conform ordinului comun al ministrului apărării naționale și al președintelui C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., și să le trimită la C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. în termen de 3 zile;

e) să îndrume și să verifice corectitudinea actului medical prestat de medicii de medicină generală din infirmerii;

f) să verifice modul în care se asigură acordarea asistenței medicale pentru cazurile de urgență;

g) să utilizeze în mod eficient sumele obținute în baza contractului cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. și să respecte destinația acestora în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 443/1998, cu modificările și completările ulterioare.

VI. Modalități de plată

Art. 8. — Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

1. plata *per capita* prin tarif/persoană asigurată;

2. tarif/serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru asigurații din listele medicilor.

Pentru medicii nou-veniți într-o localitate se asigură un venit echivalent cu un salariu și o sumă necesară pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului, stabilite potrivit Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară.

1.1. Plata *per capita* se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 604/4.188/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară.

Valoarea estimată a unui punct pentru plata *per capita* este unică pe țară, de lei.

1.2. Numărul de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 604/4.188/2001 se ajustează:

a) în funcție de condițiile în care își desfășoară activitatea medicul de medicină generală din infirmerie:

- zone izolate: DA/NU%;
- condiții grele: DA/NU%;
- condiții foarte grele: DA/NU%;
- localități izolate cu condiții grele sau foarte grele, cu număr mic de locuitori: DA/NU%;

b) în funcție de gradul profesional:

- medic primar +20%;
- medic fără grad profesional -10%.

2. Plata/serviciu medical se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 604/4.188/2001.

Valoarea estimată a unui punct pentru plata/serviciu este unică pe țară și se stabilește pentru fiecare trimestru, conform prevederilor art. 9 alin. (4) din anexa nr. 1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 604/4.188/2001.

Art. 9. — (1) C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are obligația să deconteze, în termen de maximum 20 de zile de la încheierea lunii, contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între spitalul militar/penitenciar și medicii de medicină generală din infirmerii, la valoarea estimată a punctului *per capita* și pe serviciu medical.

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

(3) Valoarea definitivă a punctului *per capita* se diminuează cu câte 10% pentru trimestrul în care se constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate, constatate în urma verificărilor efectuate de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., direcțiile medicale sau alte structuri similare din ministerele și instituțiile din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești în cadrul rețelelor sanitare proprii și de Colegiul Medicilor din România.

(4) Neefectuarea, datorită medicului de medicină generală, conform planificării, în proporție de peste 20%, a controalelor obligatorii prevăzute la art. 13 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.244/2001, atrage diminuarea veniturilor aferente plății *per capita* pentru trimestrul respectiv cu 10%.

Art. 10. — (1) Virarea sumelor aferente plății *per capita* și plății pe serviciu medical se face de către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. în contul spitalului nr., deschis la trezoreria

(2) Decontarea sumelor pentru plata *per capita* și pe serviciu medical se face pe baza documentelor justificative impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 11. — (1) Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze, din punct de vedere al calității lor, în normele privind calitatea asistenței medicale elaborate de către comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(2) Respectarea criteriilor de calitate a serviciilor medicale furnizate de către medici în sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești va fi controlată de direcțiile medicale sau de alte structuri similare din cadrul ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, împreună cu Serviciul medical al Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și cu Colegiul Medicilor din România.

VIII. Răspunderea contractuală

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

Art. 13. — În cazul în care termenele de plată prevăzute la art. 9 nu sunt respectate din vina C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., aceasta este obligată la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 14. — Reprezentantul legal al spitalului cu care C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. Acesta răspunde material, civil sau penal în cazul în care se constată raportări eronate, conform legislației în vigoare.

Art. 15. — Furnizorul de servicii medicale garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 16. — Clauză specială

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

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

(3) Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus despre începerea și încetarea cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

IX. Contravenții

Art. 17. — Refuzul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. a serviciilor medicale prestate, până în momentul efectuării următorului control.

X. Încetarea contractului

Art. 18. — Prezentul contract poate fi denunțat în mod unilateral de către oricare dintre părțile contractante, cu condiția notificării intenției de denunțare cu cel puțin 10 zile anterior datei de la care se dorește rezilierea contractului.

Art. 19. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

Art. 20. — (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 contractante.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile de la momentul în care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, fax) ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Art. 21. — Prezentul contract se poate modifica, prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin 10 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți contractante și este parte integrantă a acestui contract.

Art. 22. — 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 numai cu acordul părților.

Art. 23. — Valorile definitive ale punctului „per capita” și pe serviciu sunt cele calculate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu sunt elemente de negociere între părțile contractante.

Art. 24. — Clauză specială

(1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile contractante convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

(2) Dacă expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

Art. 25. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 26. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 25 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. Alte clauze

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

C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.
Președinte/Director general,

Spitalul militar/penitenciar

Director general adjunct economic/
Director financiar contabil,

Reprezentant legal
al infirmeriilor din raza teritorială a spitalului,

Vizat
Oficiul juridic

ANEXA Nr. 1
la contract

1., grad profesional, codul medicului acreditat de comisia de acreditare prin nr. din și având un număr de asigurați înscriși pe lista proprie;

2., grad profesional, codul medicului acreditat de comisia de acreditare prin nr. din și având un număr de asigurați înscriși pe lista proprie;

3., grad profesional, codul medicului acreditat de comisia de acreditare prin nr. din și având un număr de asigurați înscriși pe lista proprie;

.
.
.

ANEXA Nr. 2
la contract

Furnizarea serviciilor medicale se desfășoară la următoarele unități ale furnizorului:

1. din, sectorul/județul, tel./fax, cu Autorizația sanitară de funcționare nr. /....., eliberată de, și Acreditarea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /.....

2. din, sectorul/județul, tel./fax, cu Autorizația sanitară de funcționare nr. /....., eliberată de, și Acreditarea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /.....;

.
.
.

ANEXA Nr. 2
la norme

C O N T R A C T

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice

I. Părțile contractante

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumită în continuare C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., cu sediul în, str. nr., sectorul, telefon/fax, având codul fiscal nr. și contul nr., deschis la Direcția de trezorerie a municipiului București, reprezentată prin președinte/director general și director general adjunct economic/director financiar contabil,

și

Furnizorul de servicii medicale, organizat:

— unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin

— ambulatoriu de specialitate integrat spitalului, reprezentant legal, cu Autorizație de înființare nr., Certificat de înregistrare nr., Autorizație sanitară nr., având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/secto-

rul, telefon, cont nr., deschis la trezoreria statului, cod fiscal nr., copie de pe dovada asigurării pentru malpraxis pentru fiecare medic pe care îl reprezintă

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.245/2001, normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum și Normelor proprii de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2. — Furnizorul prestează servicii medicale asiguraților, conform anexei nr. 3 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)

.

.

.

Art. 3. — Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate se desfășoară și în următoarele unități ale furnizorului, altele decât sediul principal:

1. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, tel./fax, cu Autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, și Acreditarea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /

2. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, tel./fax, cu Autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, și Acreditarea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /

3. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, tel./fax, cu Autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, și Acreditarea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /

.

.

.

Art. 4. — Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se face de către următorii medici:

1., acreditat de comisia de acreditare prin nr. din

2., acreditat de comisia de acreditare prin nr. din

3., acreditat de comisia de acreditare prin nr. din

.

.

.

Art. 5. — (1) Serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu în sistemul asigurărilor de sănătate se acordă în baza biletului de trimitere întocmit de către medicul de familie al asiguratului, medicul din cabinetele medicale școlare sau studentești — pentru elevi, respectiv studenți —, medicii din cabinetele de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, precum și pe bază de scrisoare medicală de la medicii de specialitate din spitale, în situația în care este necesar un tratament ambulatoriu înainte de internarea în spital sau atunci când este necesar un astfel de tratament după externare, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate, situație în care medicii de specialitate vor solicita persoanelor respective actele care dovedesc calitatea de asigurat.

(2) Serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu se acordă și pe baza biletului de trimitere de la un alt medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate, numai în situația în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului respectiv.

IV. Durata contractului

Art. 6. — Prezentul contract produce efecte de la data de 1 ianuarie 2002 până la data de 31 decembrie 2002.

Art. 7. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților contractante pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice.

V. Obligațiile părților contractante

A. Obligațiile C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

Art. 8. — C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are următoarele obligații:

- a) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, conform contractelor încheiate cu aceștia;
- b) să verifice recomandările pentru investigații paraclinice și prescrierea medicamentelor de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, în conformitate cu reglementările în vigoare;
- c) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale, precum și acreditarea personalului medical angajat;
- d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale contravaloarea serviciilor contractate și prestate asiguraților proprii, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind activitatea realizată, în urma verificării acestora;
- e) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate asupra condițiilor de contractare.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 9. — Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate;
- b) să presteze servicii medicale pentru cazurile cu consecințe negative asupra sănătății publice, pentru persoanele prevăzute în lista suplimentară a medicului de familie, pe baza biletului de trimitere al acestuia. Medicii care acordă aceste servicii sunt desemnați de către direcțiile de sănătate publică și menționați în biletul de trimitere;
- c) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în Nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare, și să înscrie în mod obligatoriu pe fiecare prescripție medicală sintagma „afecțiune acută/subacută sau cronică“, după caz;
- d) să nu refuze acordarea asistenței medicale asiguraților în caz de urgență, ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;
- e) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale și criteriile de calitate pentru activitatea desfășurată la nivelul cabinetelor medicale de specialitate din ambulatoriul de specialitate;
- f) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile oferite, modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;
- g) să respecte confidențialitatea prestației medicale;
- h) să factureze lunar, până la data de 3 a lunii următoare, în vederea decontării de către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., activitatea realizată conform reglementărilor legale în vigoare;
- i) să respecte normele de raportare a bolilor, conform reglementărilor legale în vigoare;
- j) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului de specialitate și a unității sanitare, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;
- k) să își stabilească programul de activitate, să îl respecte și să îl afișeze la loc vizibil la cabinetul medical, cu respectarea prevederilor Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, și să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul medical angajat;
- l) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, despre diagnosticul și tratamentele recomandate; să transmită rezultatele investigațiilor paraclinice medicului care a solicitat aceste investigații;
- m) să acorde servicii medicale de specialitate tuturor asiguraților, fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente de tratament;
- n) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare a datelor care au stat la baza încheierii contractului cu aceasta;
- o) să acorde asistență medicală asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția pentru asigurările sociale de sănătate pentru aceștia;
- p) să nu încaseze de la asigurați contribuție personală pentru serviciile medicale furnizate care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în norme;
- q) să afișeze la loc vizibil la cabinetul medical numele casei sau caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale;
- r) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;

s) să elibereze certificate de concediu medical, certificate medicale pentru îngrijirea copilului bolnav etc., conform prevederilor legale;

t) să transmită lunar datele și informațiile solicitate de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor pe care le-a consultat ori tratat, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formularele impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

u) să accepte controlul din partea C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. privind modul de desfășurare a întregii activități care face obiectul contractului;

v) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

VI. Modalități de plată

Art. 10. — (1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu:

1. tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte;

2. tarif pe serviciu în lei pentru serviciile de terapie fizică efectuate în bazele de tratament, cuprinse în anexa nr. 3 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001.

(2) Valoarea estimată a unui punct, unică pe țară, este de lei.

Art. 11. — (1) Decontarea acestor servicii se face lunar, la valoarea estimată a unui punct, în termen de 20 de zile de la data depunerii facturii și a decontului. La finele fiecărui trimestru, dar nu mai târziu de data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor convenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Valoarea definitivă a unui punct se diminuează cu câte 10% pentru trimestrul în care se constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate, constatate în urma verificărilor efectuate de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. și direcția medicală în subordinea căreia își desfășoară activitatea furnizorul de servicii medicale.

Clauzele speciale se completează pentru fiecare cabinet medical și fiecare medic de specialitate din componența furnizorului de servicii medicale cu care s-a încheiat contractul și alcătuiesc anexă la prezentul contract.

Art. 12. — Numărul de puncte calculat conform Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001 se majorează:

a) în funcție de gradul profesional:

— medic primar %;

b) în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea:

— zone izolate: DA/NU.....%;

— condiții grele: DA/NU.....%;

— condiții foarte grele: DA/NU.....%.

Valoarea contractului pentru serviciile medicale, cuantificată în puncte, este de..... .

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 13. — Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze, din punct de vedere al calității lor, în normele privind calitatea asistenței medicale elaborate de comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 14. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 15. — În cazul în care termenele de plată prevăzute la art. 11 alin. (1) nu sunt respectate din vina casei de asigurări de sănătate, aceasta este obligată la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

Art. 16. — Furnizorul de servicii medicale garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 17. — Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. Acesta răspunde material, civil și penal, în cazul în care se constată raportări eronate, conform legislației în vigoare. Pentru sumele necuvenite încasate în plus de furnizor ca urmare a raportărilor eronate se percep penalități egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

Art. 18. — Clauză specială

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

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus despre începerea și încetarea 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 contractantă poate cere rezilierea contractului.

IX. **Contravenții**

Art. 19. — Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate, până la momentul efectuării următorului control.

X. **Încetarea contractului**

Art. 20. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate în termen de 10 zile de la data constatării, în următoarele situații:

- a) dacă medicul nu începe activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării prezentului contract;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;
- c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului de servicii medicale;
- d) nerespectarea termenelor de raportare, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a activității realizate conform prezentului contract, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

e) în situația aplicării de 3 ori a măsurii de diminuare a valorii definitive a punctului, pentru abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție din partea asiguratului și/sau pentru recomandări nejustificate de investigații paraclinice;

f) în cazul în care se constată încasarea de contribuție personală de la asigurați pentru serviciile medicale care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în normele metodologice aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001.

Art. 21. — Contractul încetează de la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- b) acordul de voință al păților;
- c) denunțarea unilaterală a contractului de către oricare dintre părțile contractante, printr-o notificare scrisă, cu 45 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 22. — Situațiile prevăzute la art. 20 și 21 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Art. 23. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. **Corespondența**

Art. 24. — (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 contractante.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, fax) ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. **Modificarea contractului**

Art. 25. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Art. 26. — Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părțile contractante.

Art. 27. — 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 10 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți contractante și este parte integrantă a acestui contract.

Art. 28. Clauză specială

(1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile contractante convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

(2) Dacă expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. **Soluționarea litigiilor**

Art. 29. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 30. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 29 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. Alte clauze

.....

 Anexa face parte integrantă din prezentul contract.

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

C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.
 Președinte/Director general,

Furnizor de servicii medicale

Director general adjunct economic/
 Director financiar contabil,

Reprezentantul legal,

Vizat
 Oficiul juridic

*ANEXA Nr. 3
 la norme*

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice

I. Părțile contractante

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumită în continuare C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., cu sediul în, str. nr., sectorul, telefon/fax, având codul fiscal nr. și contul nr., deschis la Direcția de trezorerie a municipiului București, reprezentată prin președinte/director general și director general adjunct economic/director financiar contabil

și

Furnizorul de servicii medicale....., organizat:

— unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin

— ambulatoriu de specialitate integrat spitalului, reprezentant legal

....., cu Autorizație de înființare nr., Certificat de înregistrare nr., Autorizație sanitară nr., având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, cont nr., deschis la trezoreria statului, cod fiscal nr., copie de pe dovada asigurării pentru malpraxis pentru fiecare medic pe care îl reprezintă

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.245/2001, normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum și normelor proprii de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2. — Furnizorul prestează servicii medicale asiguraților, conform anexei nr. 5 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, în specialitățile care constituie anexă la prezentul contract.

Art. 3. — Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriu de specialitate se desfășoară și în următoarele unități ale furnizorului, altele decât sediul principal:

1. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax cu Autorizația de funcționare nr. /....., eliberată de, și Acreditarea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /.....;

2. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu Autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, și Acreditarea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /

3. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu Autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, și Acreditarea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /

4. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu Autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, și Acreditarea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /

Art. 4. — Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

1., acreditat de comisia de acreditare prin nr. din

2., acreditat de comisia de acreditare prin nr. din

3., acreditat de comisia de acreditare..... prin nr. din

IV. Durata contractului

Art. 5. — Prezentul contract produce efecte de la data de 1 ianuarie 2002 până la data de 31 decembrie 2002.

Art. 6. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților contractante pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice.

V. Obligațiile părților contractante

A. Obligațiile C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

Art. 7. — C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are următoarele obligații:

a) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, conform contractelor încheiate cu aceștia;

b) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale paraclinice, precum și acreditarea personalului medical angajat;

c) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice contravaloarea serviciilor contractate și prestate asiguraților proprii, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind activitatea realizată, în urma verificării acestora;

d) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale paraclinice din asistența medicală ambulatorie de specialitate asupra condițiilor de contractare.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

Art. 8. — Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să acorde servicii medicale paraclinice asiguraților numai pe baza biletului de trimitere;

b) să presteze servicii medicale pentru cazurile cu consecințe negative asupra sănătății publice, pentru persoanele prevăzute în lista suplimentară a medicului de familie, pe baza biletului de trimitere al acestuia. Medicii care acordă aceste servicii sunt desemnați de către direcțiile de sănătate publică și menționați pe biletul de trimitere;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale paraclinice și criteriile de calitate pentru activitatea desfășurată la nivelul laboratoarelor medicale;

d) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile oferite și despre modul în care vor fi furnizate acestea;

e) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

f) să factureze lunar, până la data de 3 a lunii următoare, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform reglementărilor legale în vigoare;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului de specialitate și a unității sanitare, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;

h) să își stabilească programul de activitate, să îl respecte și să îl afișeze la loc vizibil la laboratorul medical, cu respectarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, și să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

i) să informeze medicul de familie și medicul de specialitate, prin scrisoare medicală expediată direct, despre rezultatele investigațiilor prescrise;

j) să acorde servicii medicale de specialitate paraclinice tuturor asiguraților, fără nici o discriminare;

k) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare a datelor care au stat la baza încheierii contractului cu aceasta;

l) să efectueze investigații paraclinice asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări sociale de sănătate pentru aceștia;

m) să nu încaseze de la asigurați contribuție personală pentru investigațiile paraclinice furnizate care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în normele metodologice

aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001;

n) să afișeze la loc vizibil la laboratorul medical numele casei sau caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale;

o) să accepte controlul din partea C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. privind modul de desfășurare a întregii activități care face obiectul contractului;

p) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

VI. Modalități de plată

Art. 9. — Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical cuantificat în lei, conform următorului tabel:

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Număr negociat de servicii ^{*)}	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
...				
TOTAL:		X	X	

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

Suma anuală contractată este lei, din care:

— trimestrul I lei;

— trimestrul II lei;

— trimestrul III lei;

— trimestrul IV lei.

Art. 10. — Decontarea acestor servicii se face lunar, în termen de 20 de zile de la data depunerii facturii.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 11. — Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze, din punct de vedere al calității lor, în normele privind calitatea asistenței medicale elaborate de comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

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

Art. 13. — În cazul în care termenele de plată prevăzute la art. 10 nu sunt respectate din vina casei de asigurări de sănătate, aceasta este obligată la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

Art. 14. — Furnizorul de servicii medicale garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 15. — Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. Acesta răspunde material, civil și penal, în cazul în care se constată raportări eronate, conform legislației în vigoare. Pentru sumele necuvenite încasate în plus de furnizor ca urmare a raportărilor eronate se percep penalități egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

Art. 16. — Clauză specială:

(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 de la data apariției respectivului caz de forță majoră și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus despre începerea și încetarea 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 contractantă poate cere rezilierea contractului.

IX. Contravenții

Art. 17. — Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate, până la momentul efectuării următorului control.

X. Încetarea contractului

Art. 18. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate în termen de 10 zile de la data constatării, în următoarele situații:

a) dacă medicul nu începe activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării prezentului contract;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;
 c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului de servicii medicale paraclinice;
 d) nerespectarea termenelor de raportare, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a activității realizate conform prezentului contract, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

e) în cazul în care se constată încasarea de contribuție personală de la asigurați pentru serviciile medicale paraclinice care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în normele metodologice aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001.

Art. 19. — Contractul încetează de la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
 b) acordul de voință al părților;
 c) denunțarea unilaterală a contractului de către oricare dintre părțile contractante, printr-o notificare scrisă, cu 45 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 20. — Situațiile prevăzute la art. 18 și 19 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Art. 21. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante, pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

Art. 22. — (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 contractante.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, fax), ce figurează în prezentul contract, să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Art. 23. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Art. 24. — 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 10 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este parte integrantă a acestui contract.

Art. 25. — Clauză specială:

(1) 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.

(2) Dacă expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

Art. 26. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori cu alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 27. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 26 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. Alte clauze

.....

Anexa face parte integrantă din prezentul contract.

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

C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.
 Președinte/Director general,

Furnizor de servicii medicale

Director general adjunct economic/
 Director financiar contabil,

Reprezentantul legal,

Vizat
 Oficiul juridic

C O N T R A C T

de furnizare de servicii medicale stomatologice**I. Părțile contractante**

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumită în continuare *C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.*, cu sediul în, str. nr., sectorul 1, telefon/fax, având codul fiscal nr. și contul nr., deschis la Direcția de trezorerie a municipiului București, reprezentată prin președinte/director general și director general adjunct economic/director financiar contabil,

și

Cabinetul medical organizat:

— cabinet care funcționează în structura unei unități sanitare cu personalitate juridică, reprezentant legal

— unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie, reprezentant legal

— ambulatoriu de specialitate integrat spitalului aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie, reprezentant legal, cu Autorizația/Actului de înființare nr., Certificat de înregistrare nr., cu Autorizația sanitară nr., având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, cont nr., deschis la Trezoreria, cod fiscal nr., copie de pe dovada asigurării pentru malpraxis pentru fiecare medic/dentist pe care îl reprezintă.

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriul pentru specialitățile stomatologice, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor cuprinse în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.245/2001, în normele de aplicare a acestuia, precum și în Normele proprii de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2. — Furnizorul prestează servicii medicale asiguraților, conform anexei nr. 6 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice.

Art. 3. — Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile stomatologice se desfășoară la următoarele unități ale furnizorului, conform anexei nr. 1 la prezentul contract.

Art. 4. — Furnizarea serviciilor medicale stomatologice către asigurați se va asigura prin medicii prevăzuți în anexa nr. 2 la prezentul contract.

IV. Durata contractului

Art. 5. — Prezentul contract produce efecte de la data de 1 ianuarie 2002 până la data de 31 decembrie 2002.

Art. 6. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților contractante, pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice.

V. Obligațiile părților contractante**A. Obligațiile C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.**

Art. 7. — C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are următoarele obligații:

a) să verifice activitatea furnizorului de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie stomatologică, conform prezentului contract;

b) să verifice prescrierea medicamentelor de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie stomatologică, în conformitate cu reglementările în vigoare;

c) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie stomatologică asupra condițiilor de contractare;

d) să deconteze furnizorului contravaloarea serviciilor medicale stomatologice contractate și prestate asiguraților proprii, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind activitatea realizată, în urma verificării acestora;

e) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale stomatologice, precum și acreditarea personalului medical angajat.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale stomatologice

Art. 8. — Furnizorul de servicii medicale stomatologice are următoarele obligații contractuale:

a) să acorde servicii medicale stomatologice contractate și să nu refuze acordarea asistenței medicale stomatologice în caz de urgență medicală, ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;

- b) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege medicul stomatolog/dentistul și unitatea sanitară;
- c) să informeze, dacă este cazul, medicul de familie al asiguratului despre diagnosticul stabilit, controalele și tratamentele efectuate sau despre orice alte aspecte care țin de sănătatea asiguratului;
- d) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile oferite, despre modul în care vor fi furnizate acestea și să-i consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;
- e) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor necesare, prevăzute în Nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;
- f) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.;
- g) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;
- h) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților, fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;
- i) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, demnitatea și intimitatea acestora, precum și a prestației medicale;
- j) să transmită datele și informațiile solicitate de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor pe care le-a consultat ori tratat, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formularele impuse;
- k) să accepte controlul din partea C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. privind modul de desfășurare a întregii sale activități care face obiectul contractului;
- l) să își stabilească programul de lucru, să îl respecte și să îl afișeze la cabinetul medical într-un loc vizibil, precizând unde se poate adresa asiguratul în situații de urgență survenite în afara orelor de program: numele medicului stomatolog/dentistului, adresa cabinetului, numărul de telefon; de asemenea, are obligația să stabilească activitatea și sarcinile de serviciu pentru personalul mediu și auxiliar;
- m) să informeze asigurații în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;
- n) să participe la acțiunile de profilaxie promovate de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.;
- o) să respecte criteriile medicale de calitate a serviciilor medicale și criteriile de calitate pentru activitatea desfășurată în cabinetele medicale stomatologice din ambulatoriul de specialitate, precum și la nivelul cabinetelor medicale stomatologice;
- p) să factureze lunar, până la data de 3 a lunii următoare, în vederea decontării de către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., activitatea realizată conform reglementărilor legale în vigoare;
- q) să respecte normele de raportare a bolilor, conform prevederilor legale în vigoare;
- r) să anunțe C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. despre orice modificare a datelor care au stat la baza încheierii contractului cu aceasta;
- s) să nu încaseze de la asigurați contribuție personală pentru serviciile medicale stomatologice furnizate care se suportă integral de către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., conform listelor și condițiilor prevăzute în normele metodologice aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001;
- ș) să afișeze la loc vizibil la cabinetul medical numele caselor de asigurări de sănătate cu care are contract;
- t) să transmită lunar datele și informațiile solicitate de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor pe care le-a consultat ori tratat, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formularele impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- ț) să accepte controlul din partea C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. privind modul de desfășurare a întregii activități care face obiectul contractului;
- u) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

VI. Modalități de plată

Art. 9. — Modalitatea de plată în asistența medicală stomatologică din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical cuantificat în lei.

Art. 10. — Decontarea serviciilor medicale stomatologice se face pe baza tarifelor acestora și în condițiile prevăzute în anexa nr. 6 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001 și în limita unui plafon trimestrial/medic stabilit conform art. 23 din normele proprii de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, cu excepția serviciilor medicale stomatologice de urgență și a serviciilor medicale de pedodontie și ortodontie acordate copiilor sub 18 ani, care se decontează la nivelul realizărilor, cu încadrarea în fondurile trimestriale alocate asistenței medicale stomatologice.

Art. 11. — (1) Decontarea serviciilor medicale stomatologice se face lunar, până la data de 20 a lunii următoare celei pentru care se face plata. La finele fiecărui trimestru plafonul se regularizează conform art. 12 alin. (3) din anexa nr. 1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001.

(2) În cazul în care se înregistrează abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție din partea asiguratului și/sau recomandări paraclinice nejustificate, constatate în urma verificărilor efectuate de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., de direcțiile medicale sau de alte structuri similare din cadrul ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii împreună cu reprezentanții Colegiului Medicilor din România având calitatea de medici militari, contravaloarea serviciilor medicale stomatologice aferente trimestrului respectiv se diminuează cu 10% pentru fiecare situație.

(3) Decontarea sumelor pentru plata serviciilor medicale stomatologice se face pe baza documentelor justificative, conform normelor financiar-contabile.

Art. 12. — Plata serviciilor medicale stomatologice se face în contul nr., deschis la Trezoreria

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 13. — Serviciile medicale stomatologice furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze, din punct de vedere al calității lor, în normele privind calitatea asistenței medicale elaborate de comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 14. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 15. — În cazul în care termenele de plată nu sunt respectate din vina C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., aceasta este obligată la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

Art. 16. — Furnizorul de servicii medicale stomatologice garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 17. — Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale cu care C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. Acesta răspunde material, civil și penal, în cazul în care se constată raportări eronate, conform legislației în vigoare. Pentru sumele necuvenite încasate în plus de furnizor ca urmare a raportărilor eronate se percep penalități egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

Art. 18. — Clauză specială

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

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus despre începerea și încetarea 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 contractantă poate cere rezilierea contractului.

IX. Contravenții

Art. 19. — Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate, până în momentul efectuării următorului control.

X. Încetarea și rezilierea contractului

Art. 20. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă în termen de maximum 30 de zile de la data constatării, în următoarele situații:

a) dacă medicul nu începe activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării prezentului contract;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;

c) nerespectarea termenelor de raportare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate conform prezentei hotărâri, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

d) în situația aplicării de 3 ori a măsurii de diminuare a contravalorii serviciilor stomatologice, pentru abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice;

e) în cazul în care se constată încasarea de contribuție personală de la asigurați pentru serviciile medicale care se suportă integral de către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., conform listelor și condițiilor prevăzute în normele metodologice aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001.

f) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului.

Art. 21. — Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală stomatologică încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) dacă medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

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

c) încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare, restructurare;

d) pentru grave încălcări ale dispozițiilor legale;

e) prin acordul de voință al părților;

f) denunțarea unilaterală a contractului de către oricare parte contractantă, cu condiția notificării intenției de denunțare cu cel puțin 10 zile anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 22. — Situațiile prevăzute la art. 20 și art. 21 lit. a)—d) se constată de către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Art. 23. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante, pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

Art. 24. — (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților contractante.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile calendaristice de la momentul în care intervin modificări ale adresei sediului, (inclusiv telefon, fax) ce figurează în prezentul contract, să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Art. 25. — 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 10 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este parte integrantă a acestui contract.

Art. 26. — 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 numai cu acordul părților.

Art. 27. — Clauza specială:

(1) 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.

(2) Dacă expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

Art. 28. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori cu alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 29. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 28 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. Alte clauze

.....

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

C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.
Președinte/Director general,

Furnizor de servicii medicale stomatologice

*Director general adjunct economic/
 Director financiar contabil,*

Reprezentantul legal,

Serviciul juridic și contencios

*ANEXA nr. 1
 la contract*

1.
 din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, tel./fax

2.
 din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, tel./fax

3.
 din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, tel./fax

.....

*ANEXA nr. 2
la contract*

1. medic/dentist, acreditare nr., codul medicului/dentistului, gradul profesional, specialitatea, program de activitate, ore/zi

2. medic/dentist, acreditare nr., codul medicului/dentistului, gradul profesional, specialitatea, program de activitate, ore/zi

3. medic/dentist, acreditare nr., codul medicului/dentistului, gradul profesional, specialitatea, program de activitate, ore/zi

.....

.....

.....

*ANEXA Nr. 5
la norme*

C O N T R A C T

de furnizare de servicii medicale spitalicești

I. Părțile contractante

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumită în continuare *C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.*, cu sediul în, str. nr., sectorul 1, telefon/fax, având codul fiscal nr. și contul nr., deschis la Direcția de trezorerie a municipiului București, reprezentată prin președinte/director general, și director general adjunct economic/director financiar contabil,

și

Spitalul, cu sediul în, str. nr., tel./fax, reprezentat prin, având: Autorizația de înființare nr., Autorizația sanitară de funcționare nr., codul fiscal, și contul nr., deschis la trezoreria statului

II. Obiectul contractului

Art. 1. — (1) Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.330/2001, normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum și normelor proprii de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

(2) Activitățile suplimentare și alte obligații de plată din partea caselor de asigurări de sănătate sunt prevăzute în actele adiționale la prezentul contract. Pentru sumele acordate spitalelor prin programele naționale se încheie contracte distincte, iar pentru sumele aferente arieratelor se încheie un act adițional potrivit ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

III. Servicii medicale spitalicești

Art. 2. — (1) Serviciile medicale spitalicești în sistemul asigurărilor sociale de sănătate se furnizează în baza recomandării de internare din partea medicului de familie acreditat sau a medicului de specialitate din ambulatoriu, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale, bolilor infecto-contagioase care necesită izolare și tratament, internărilor obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105 și 114 din Codul penal și a celor dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale și a bolnavilor de TBC.

(2) Aceste servicii constau în:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratament medical, chirurgical și/sau fizical recuperator;
- e) îngrijire, medicamente și materiale sanitare, cazare și masă;
- f) recomandări la externare.

IV. Durata contractului

Art. 3. — Prezentul contract este valabil de la data de 1 ianuarie 2002 până la data de 31 decembrie 2002.

Art. 4. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților contractante în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.330/2001.

V. Obligațiile părților

Art. 5. — C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are următoarele obligații:

- a) să deconteze în baza facturii și a documentelor însoțitoare furnizorilor de servicii medicale spitalicești contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale;
- b) să aloce în primele 15 zile ale lunii sume de până la 80% din sumele corespunzătoare lunii curente, urmând ca decontarea finală a lunii să se efectueze în primele 10 zile ale lunii următoare;
- c) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale spitalicești asupra condițiilor de contractare;
- d) să verifice autorizarea sanitară de funcționare și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale;
- e) să monitorizeze activitatea furnizorilor de servicii medicale prevăzută în prezentul contract.

Art. 6. — Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații contractuale:

a) să acorde servicii medicale asiguraților, respectând criteriile de calitate elaborate de Colegiul Medicilor din România și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și să respecte criteriile de calitate pentru activitatea desfășurată la nivelul unității;

b) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență ori de câte ori se solicită aceste servicii;

c) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege spitalul;

d) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală, despre diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate, precum și despre rezultatele investigațiilor efectuate sau despre orice alte aspecte care țin de sănătatea asiguratului;

e) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile oferite, modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

f) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;

g) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu casa de asigurări de sănătate, să respecte destinația acestor fonduri și să nu angajeze nejustificat cheltuieli din fondul de asigurări sociale de sănătate peste suma contractată, cu excepția cheltuielilor generate de serviciile medicale în caz de urgență, altele decât cele contractate. Pentru eficientizarea serviciilor medicale se vor întocmi liste de așteptare, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală;

h) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată, pe categorii de asigurați, conform contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție furnizorilor de servicii medicale spitalicești, contra cost, de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești a serviciilor furnizate;

i) să asigure din fondurile contractate cheltuieli pentru combaterea infecțiilor nosocomiale;

j) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat. În situația în care pacientul nu poate face dovada de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare și anunță casa de asigurări cu care a încheiat contract de furnizare de servicii, casa de asigurări de sănătate având obligația de a deconta spitalului sumele aferente serviciilor medicale de urgență;

k) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților, fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;

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

m) să se îngrijească de asigurarea permanenței serviciilor medicale furnizate asiguraților internați;

n) să transmită datele și informațiile solicitate de casa de asigurări de sănătate și de direcția medicală căreia i se subordonează privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor consultate ori tratate, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formularele de raportare stabilite prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății și familiei și care se pun la dispoziție în mod gratuit;

o) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici prevăzuți în anexa nr. 1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 630/4.234/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, denuit în continuare *ordin*;

p) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

q) să elibereze documente medicale (certIFICATE medicale, certificate pentru îngrijirea copilului bolnav etc.). Casele de asigurări de sănătate nu decontează acele servicii medicale necesare pentru eliberarea unor documente medicale prevăzute în anexa nr. 13 la ordin;

r) să acorde asistență medicală tuturor asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția la asigurările sociale de sănătate pentru aceștia;

s) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale prespitalicești și a altor tipuri de transport solicitate serviciilor de ambulanță;

t) spitalele care derulează programe naționale de sănătate vor raporta indicatorii prevăzuți în normele privind execuția, raportarea și controlul programelor și vor utiliza eficient sumele cu această destinație. Pentru aceste activități spitalele vor avea evidențe distincte;

u) să accepte controlul din partea C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. și a Colegiului Medicilor din România privind modul de desfășurare a întregii sale activități care face obiectul contractului.

VI. Modalități de plată

Art. 7. — (1) Suma contractată aferentă serviciilor medicale spitalicești se determină în funcție de indicatorii prevăzuți în tabelul de mai jos, utilizându-se metodologia prevăzută în anexa nr. 1 la ordin.

Număr de zile de spitalizare contractat în anul 2002, pe luni, desfășurat pe tipuri de secții

Secția	Numărul de cazuri spitalizate contractat (spitalizare continuă și/sau de o zi)	Durata optimă de spitalizare	Numărul de zile de spitalizare contractat	Tariful pe zi de spitalizare/secție*)	Suma contractată
0	1	2	3	4	5 = 1x2x4
TOTAL:					

NOTĂ:

Tabelul se va completa separat pentru asigurații C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., constituind anexa nr. 1, și separat pentru asigurații altor case, constituind anexa nr. 2.

*) Tariful pe zi de spitalizare/secție, luat în calcul pentru determinarea sumelor aferente fiecărei secții, este cel prevăzut în anexa nr. 4 la ordin.

Sumele lunare pentru serviciile medicale spitalicești contractate se obțin prin înmulțirea numărului de cazuri spitalizate contractate/lună cu durata optimă de spitalizare și cu tariful pe zi de spitalizare (vezi anexele nr. 1 și 2).

Suma stabilită pentru anul 2002 pentru asigurații proprii este de lei, iar suma estimată pentru asigurații altor case de asigurări de sănătate este de lei.

La începutul fiecărei luni, pentru luna în curs, casa de asigurări de sănătate poate acorda furnizorului de servicii medicale până la 80% din suma aferentă lunii respective.

(2) Suma totală estimată aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate, stabilită pentru anul 2002, se defalchează trimestrial, după cum urmează:

— suma aferentă trimestrului I: lei, din care:

— luna I lei;

— luna II lei;

— luna III lei;

— suma aferentă trimestrului II: lei, din care:

— luna IV lei;

— luna V lei;

— luna VI lei;

— suma aferentă trimestrului III: lei, din care:

— luna VII lei;

— luna VIII lei;

— luna IX lei;

— suma aferentă trimestrului IV: lei, din care:

— luna X lei;

— luna XI lei;

— luna XII lei.

(3) Spitalul va raporta casei de asigurări de sănătate, până la data de 5 a lunii curente pentru luna expirată, execuția bugetului de venituri și cheltuieli, respectiv realizarea indicatorilor cantitativi și calitativi comparativ cu cei contractați.

(4) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează diferența față de sumele cuvenite pentru serviciile medicale furnizate pentru asigurații proprii, iar pentru asigurații altor case de asigurări de sănătate, după primirea sumelor aferente de la casele de asigurări la care virează contribuția acești asigurați. În cazul în care suma acordată la începutul lunii este mai mare decât suma cuvenită pentru serviciile medicale furnizate, regularizarea se face în luna următoare.

(5) Decontarea sumelor pentru plata serviciilor medicale spitalicești se face pe baza facturilor însoțite de desfășurătoarele activității realizate, însoțite de situațiile nominale.

(6) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, ținându-se seama de cazurile spitalizate externate și cele contractate, pentru asigurații proprii, iar pentru asigurații altor case, în funcție și de prevederile ordinului comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

Art. 8. — Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr., deschis la trezoreria statului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 9. — Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze din punct de vedere al calității lor în normele privind calitatea asistenței medicale, elaborate de comisile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 10. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 11. — În cazul în care termenele de plată prevăzute la art. 7 alin. (3) nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 12. — Furnizorul de servicii medicale spitalicești garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 13. — Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică penalități astfel:

— sumele necuvenite încasate de furnizor ca urmare a raportărilor eronate vor fi virate prin ordin de plată la C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. în termen de 10 zile de la data întocmirii documentelor de constatare a erorii de către organele de control ale C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. Penalitățile se aplică la valoarea sumei prezentate pentru justificare, în cuantum de 0,10%.

Art. 14. — Clauză specială

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

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

(3) Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus despre începerea și încetarea cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

IX. Încetarea contractului

Art. 15. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de 10 zile de la data constatării, în următoarele situații:

a) dacă spitalele nou-înființate nu încep activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) ridicarea definitivă de către organele în drept a autorizației de funcționare a furnizorului de servicii medicale spitalicești.

Art. 16. — Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea prin desființare sau reprofilare;

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

c) acordul de voință al părților;

d) se mută unitatea medicală.

Art. 17. — Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 lit. a) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la art. 16 lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 18. — Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul anulării unor servicii de plin drept, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

- a) secție/secții care nu mai îndeplinește/îndeplinesc condiții de contractare;
- b) retragerea, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare.

Art. 19. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

X. Corespondența

Art. 20. — (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților contractante.

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

XI. Modificarea contractului

Art. 21. — Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 15 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este parte integrantă a acestui contract.

Art. 22. — 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 numai cu acordul părților.

Art. 23. — Clauză specială

(1) 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 putință spiritului contractului.

(2) Dacă expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

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

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 25. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 24 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIII. Alte clauze

.....
.....

Anexele nr. fac parte integrantă din prezentul contract.

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

C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.
Președinte/Director general,

Furnizor de servicii medicale

*Director general adjunct economic/
Director financiar contabil,*

Reprezentantul legal,

Vizat

Serviciul juridic și contencios

CONTRACT**de furnizare de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu,
în cadrul sistemului de asigurări de sănătate****I. Părțile contractante**

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumită în continuare *C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.*, cu sediul în, str. nr., sectorul 1, telefon/fax, având codul fiscal nr. și contul nr., deschis la Direcția de trezorerie a municipiului București, reprezentată prin președinte/director general, și director general adjunct economic/director financiar contabil

și

Furnizorul de servicii farmaceutice, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon, fax, înregistrat la Oficiul registrului comerțului cu nr. J...../...../..... și având contul nr., deschis la Trezoreria, și codul fiscal nr. R, reprezentat prin, Autorizație de funcționare nr. /..... /....., eliberată de, Certificat de acreditare nr. /2002

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu sau fără contribuție personală, pentru asigurații *C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.* în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente și produse biologice de uz uman, de care beneficiază asigurații, pe bază de prescripție medicală, în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, și sistemul de compensare a acestora, în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.331/2001, ale normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum și ale normelor proprii de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

III. Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Art. 2. — Prezentul contract privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu respectă reglementările legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente și produse biologice de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală.

Art. 3. — Furnizarea medicamentelor se va desfășura prin intermediul următoarelor farmacii prevăzute în anexa la prezentul contract.

IV. Durata contractului

Art. 4. — Prezentul contract produce efecte de la data de 1 ianuarie 2002 până la data de 31 decembrie 2002.

Art. 5. — Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.331/2001.

V. Obligațiile părților**A. Obligațiile C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.**

Art. 6. — C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are următoarele obligații:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai cu farmacia autorizată și acreditată conform reglementărilor legale în vigoare;

b) să acorde, în cadrul sumelor contractate, până la data de 5 a lunii, avansuri lunare în limita a 30% din suma corespunzătoare lunii respective, în acest sens valoarea contractată urmând să fie defalcată în tranșe lunare;

c) să deconteze farmaciei acreditate cu care a încheiat contract, în limita valorii contractate și defalcate trimestrial, contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate, în 30 de zile de la data depunerii acesteia;

d) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora, stabilite potrivit Contractului-cadru privind condițiile acordării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.331/2001, cu excepția prescripțiilor pentru afecțiunile acute, care îndeplinesc condițiile minime prevăzute la art. 3 lit. b) din contractul-cadru menționat mai sus;

e) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii farmaceutice;

f) să verifice activitatea furnizorului de servicii farmaceutice prevăzută în prezentul contract, în sensul respectării prevederilor contractuale.

B. Obligațiile furnizorului de servicii farmaceutice

Art. 7. — Furnizorul de servicii farmaceutice are următoarele obligații:

- a) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate;
- b) să se aprovizioneze permanent cu medicamente, conform Listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente, de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală cu contribuție personală în tratamentul ambulatoriu;
- c) să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică pentru medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații;
- d) să păstreze la loc vizibil condica de sugestii și reclamații a asiguratului; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.;
- e) să întocmească și să prezinte C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. documentele necesare pentru decontarea medicamentelor eliberate (factura, borderourile centralizatoare, prescripțiile medicale), furnizorul fiind direct răspunzător de corectitudinea raportărilor prezentate;
- f) să pună la dispoziție, la cererea medicilor care prescriu medicamente cu sau fără contribuție personală, lista cuprinzând prețurile de vânzare cu amănuntul a medicamentelor existente în farmacie și să reactualizeze această listă periodic;
- g) să angajeze numai personal farmaceutic care posedă autorizație de liberă practică;
- h) să informeze asigurații despre drepturile și obligațiile care decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și despre modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale;
- i) să respecte prevederile Codului deontologic al farmaciștilor în relațiile cu asigurații;
- j) să stabilească programul de funcționare pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie și să participe, după caz, la sistemul organizat pentru asigurarea furnizării medicamentelor în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale;
- k) să elibereze medicamentul cu prețul cel mai mic din farmacie, dacă medicul indică în prescripția medicală numai denumirea substanței active;
- l) să aducă la cunoștință asiguraților, la loc vizibil în farmacie, condițiile de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală;
- m) să aibă permanent în stoc produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI), care au prețurile cele mai mici disponibile pe piață;
- n) să verifice prescripțiile medicale cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă pentru a fi eliberate și decontate de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., precum și dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele privind eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul medicamentelor și durata terapiei;
- o) să anuleze medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale;
- p) să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;
- q) să accepte controlul din partea serviciilor specializate din structura Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., a Ministerului Sănătății și Familiei, a direcțiilor de asistență medicală sau structurilor similare din cadrul ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, împreună cu reprezentanții Colegiului Medicilor din România având calitatea de medici militari și ai Colegiului Farmaciștilor din România, asupra modului de desfășurare a întregii activități care face obiectul contractului;
- r) să nu elibereze medicamente fără prescripție medicală pentru cele la care reglementările legale în vigoare prevăd această obligație;
- s) să transmită C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., prin programul implementat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, datele solicitate sau printr-un program compatibil cu cerințele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, avizat de aceasta.

VI. Modalități de plată

Art. 8. — (1) Decontarea medicamentelor eliberate se face pe bază de factură, borderouri centralizatoare și prescripții medicale care vor conține atât denumirea, cât și prețul medicamentului, avându-se în vedere prețul cu amănuntul al medicamentelor la data achiziționării lor de către farmacie.

(2) C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. nu decontează sumele aferente prescripțiilor medicale cu sau fără contribuție personală care nu corespund prevederilor referitoare la prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor, din vina exclusivă a furnizorului de servicii farmaceutice, cu excepția prescripțiilor pentru afecțiunile acute pe care casele de asigurări de sănătate le decontează, dacă acestea conțin datele minime prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Art. 9. — Documentele în baza cărora se face decontarea se depun la C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. până la data de 15 a fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

Art. 10. — Valoarea contractului este de lei, din care:

- trimestrul I lei, din care:
 lei, obligații de plată restante din anul 2001;
 — trimestrul II lei;
 — trimestrul III lei;
 — trimestrul IV lei.

Art. 11. — Decontarea prescripțiilor cu sau fără contribuție personală se face în termen de 30 de zile de la depunerea documentelor justificative.

Art. 12. — Plata se face în contul nr., deschis la Trezoreria

VII. Răspunderea contractuală

Art. 13. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 14. — Neplata, din vina C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative, a sumelor datorate, în limita sumei prevăzute în contract, atrage majorări de întârziere egale cu majorările prevăzute pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 15. — Farmacia garantează și răspunde de calitatea furnizării medicamentelor eliberate asiguraților.

Art. 16. — Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., de legalitatea plăților.

Art. 17. — Clauză specială

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

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

(3) Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus despre începerea și încetarea cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți din neanunțarea în termen.

(4) 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 rezilierea contractului.

VIII. Contravenții

Art. 18. — Refuzul farmaciilor acreditate de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților și a documentelor în baza cărora se decontează acestea de către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. conduce la sistarea plăților în curs către farmacia respectivă până în momentul efectuării următorului control.

IX. Încetarea contractului

Art. 19. — Prezentul contract se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., în termen de 30 de zile de la data constatării, în următoarele situații:

- dacă farmacia acreditată nu începe activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării prezentului contract;
- dacă din motive imputabile farmaciei acreditate aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;
- dacă farmacistul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Farmaciștilor din România;
- ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare a farmaciei acreditate;
- retragerea acreditării farmaciei sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- dacă farmacia acreditată compensează medicamentele neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;
- nerespectarea obligațiilor contractuale în mod repetat și nejustificat, constatată cu ocazia controalelor efectuate de instituțiile abilitate să efectueze controlul.

Art. 20. — Contractul încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- se mută farmacia din teritoriul de funcționare;
- a survenit decesul reprezentantului legal al farmaciei;
- încetare prin faliment, dizolvare, lichidare;
- încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- acordul de voință al părților;
- denunțarea unilaterală a contractului de către oricare parte contractantă, printr-o notificare scrisă, cu 15 zile anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 21. — (1) Situațiile prevăzute la art. 19 și la art. 20 lit. b)—e) se constată de către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situația prevăzută la art. 20 lit. a) se notifică C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 22. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

X. Corespondența

Art. 23. — (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părților contactante.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile de la momentul în care intervin modificări ale adresei (inclusiv telefon, fax) sediului ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

Art. 24. — Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 15 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți și va fi parte integrantă a acestui contract.

Art. 25. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Art. 26. — Dacă o clauză a acestui contract va 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.

XII. Soluționarea litigiilor

Art. 27. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 28. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 27 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIII. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.
 Președinte/Director general,

Furnizor de servicii farmaceutice

Director adjunct economic/Director financiar contabil,

Reprezentantul legal,

Vizat

Serviciul juridic și contencios

ANEXĂ
la contract

1. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon, fax, cu Autorizația de funcționare nr. /..... /....., eliberată de Ministerul Sănătății și Familiei, Certificat de acreditare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /....., farmacist

2. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon, fax, cu Autorizația de funcționare nr. /..... /....., eliberată de Ministerul Sănătății și Familiei, Certificat de acreditare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /....., farmacist

3. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon, fax, cu Autorizația de funcționare nr. /..... /....., eliberată de Ministerul Sănătății și Familiei, Certificat de acreditare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /....., farmacist

.....

*ANEXA Nr. 7
la norme*

**DURATA OPTIMĂ DE SPITALIZARE
pentru spitalele penitenciar din subordinea Ministerului Justiției**

Nr. crt.	Secția/Compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile)
1.	ATI	5
2.	Boli infecțioase	17
3.	Boli interne	10
4.	Chirurgie generală	13,6
5.	Chirurgie toracică	15
6.	Cronici	15
7.	Dermatovenerologie	15
8.	Diabet și boli de nutriție	10
9.	Ftiziologie	40
10.	Neurologie	18
11.	Obstetrică-ginecologie	7
12.	Oftalmologie	10
13.	ORL	10
14.	Psihiatrie — acuti	17
15.	Psihiatrie — cronici	30
16.	Urologie	12

NOTĂ:

Numărul de cazuri de spitalizare/spital și secție avut în vedere la contractare se calculează după formula:

număr de internări realizate în anul 2001/spital și secție x coeficientul de creștere a numărului de deținuți din penitenciarele arondate spitalului, date rezultate din documentația elaborată de Direcția Generală a Penitenciarelor, aprobată de Direcția medicală din cadrul Ministerului Justiției.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, str. Izvor nr. 2–4, Palatul Parlamentului, sectorul 5, București, cont nr. 2511.1–12.1/ROL Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București și nr. 5069427282 Trezoreria sector 5, București (alocat numai persoanelor juridice bugetare).
Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 411.97.54, tel./fax 410.77.36.
Tiparul : Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, tel. 490.65.52, 335.01.11/2178 și 402.21.78, E-mail: ramomrk@bx.logicnet.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro