MUNICIPIUL CRAIOVA
PRIMĂRIA MUNICIPIULUI CRAIOVA

PROIECT

HOTĂRÂREA NR. _____

privind modificarea contractului de concesiune nr.37880/2006 încheiat între Consiliul Local al Municipiului Craiova şi dr. Pătruţoiu Maria Livia

Consiliul Local al Municipiului Craiova, întrunit în şedinţa ordinară din data de 31.10.2013;

Având în vedere raportul nr.150347/2013 întocmit de Direcţia Patrimoniu prin care se propune modificarea contractului de concesiune nr.37880/2006 încheiat între Consiliul Local al Municipiului Craiova şi dr. Pătruţoiu Maria Livia;

În conformitate cu prevederile Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, modificată şi completată şi Hotărârii Guvernului nr.884/2004 privind concesionarea unor spaţii cu destinaţia de cabinete medicale;

Potrivit Hotărârii Consiliul Local al Municipiului Craiova nr.238/2004 referitoare la trecerea din domeniul public de interes local în domeniul privat al municipiului Craiova a unor spaţii;

În temeiul art.36, alin.2, lit. c, coroborat cu alin.5, lit. b, art.45, alin.3, art.61, alin.2, art.123, alin.1 şi art.115, alin.1, lit.b din Legea nr.215/2001, republicată, privind administraţia publică locală;

HOTĂRĂŞTE:

Art.1. Se aprobă prelungirea duratei contractului de concesiune nr.37880/2006, încheiat între Consiliul Local al Municipiului Craiova şi dr. Pătruţoiu Maria Livia, medic titular al Cabinetului Medical Individual dr. Pătruţoiu Maria Livia, având ca obiect spaţiul cu destinaţia de cabinet medical individual, situat în municipiul Craiova, Aleea Arh. Duiliu Marcu, nr.16 A, până la data de 30.11.2016.

Art.2. Se împuterniceşte Primarul Municipiului Craiova să semneze actul adiţional de modificare a contractului de concesiune prevăzut la art.1 din prezenta hotărâre.

Art.3. Pe data prezentei hotărâri, se modifică în mod corespunzător Hotărârea Consiliul Local al Municipiului Craiova nr.238/2004.

Art.4. Primarul Municipiului Craiova, prin aparatul de specialitate: Serviciul Administraţie Publică Locală, Direcţia Patrimoniu, Direcţia Economico–Financiară şi dr. Pătruţoiu Maria Livia vor aduce la îndeplinire prevederile prezentei hotărâri.

INIŢIATOR,
PRIMAR
Lia – Olguţa VASILESCU

AVIZAT,
SECRETAR,
Nicoleta MIULESCU

PRIMARIA MUNICIPIULUI CRAIOVA
DIRECŢIA PATRIMONIU
SERVICIUL PATRIMONIU
Nr. 150347/09.10.2013

SE APROBĂ,
PRIMAR,
Lia Olguţa Vasilescu

RAPORT

În conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 884/2004 privind concesionarea spaţiilor cu destinaţia de cabinete medicale şi a Hotărârii Consiliului Local nr. 238/2004, modificată prin Hotărârea nr. 85/2006 a fost încheiat contractul de concesiune nr.37880/18.05.2006 între Consiliul Local al Municipiului Craiova şi dr.Pătruţoiu Maria Livia medic titular al Cabinetului Medical Individual Dr. Pătruţoiu Maria Livia pentru spaţiul cu destinaţia de cabinet medical în suprafaţă de 30,84 mp din cadrul Micropoliclinicii situată in Craiova, Aleea Arh.Duiliu Marcu nr.16 A. Durata acestui contract este de 7 ani şi 4 luni începând cu data de 01.06.2006, fiind calculată în funcţie de vârsta de pensionare a medicului titular.

Pentru stabilirea vârstei de pensionare s-au luat în considerare prevederile Legii nr.95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare , conform căreia: "Vârsta de pensionare a medicilor este de 65 de ani, indiferent de sex". Întrucât d-na doctor nu s-a aflat într-una din situaţiile de excepţie care permit pensionarea la vârsta de 70 de ani, cum ar fi: doctorii în medicină, academicienii, profesorii, conferenţiarii universitari şi cercetătorii ştiinţifici gradul I si II, s-a stabilit durata contractului până la împlinirea de către aceasta a vârstei de 65 de ani, adică 7 ani şi 4 luni de la data de 01.06.2006.

Contractul de concesiune poate fi prelungit pentru o perioadă egală cel mult cu jumătate din durata sa iniţială .

Redevenţa aferentă folosirii spaţiului a fost achitată în termen.

Prin cererea înregistrată la Primăria Municipiului Craiova sub nr. 142165/09.09.2013,d-na dr.Pătruţoiu Maria Livia medic titular al Cabinetului Medical Individual Dr. Pătruţoiu Maria Livia solicită prelungirea contractului de concesiune .Potrivit art. 385 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare „(1) Medicii se pensioneaza la varsta de 65 de ani, indiferent de sex."

Medicii care au depasit limita de varsta prevazuta la alin. (1) pot profesa in continuare in unitati sanitare private. Desfasurarea activitatii se face in baza certificatului de membru si a avizului anual al Colegiului Medicilor din Romania, eliberat pe baza certificatului de sanatate si a asigurarii de raspundere civila, pentru greseli in activitatea profesionala, incheiata pentru anul respectiv.

În raport de aceste prevederi, prin adresa nr.3164/24.09.2013 Colegiul Medicilor Dolj comunică faptul că d-na doctor Pătruţoiu Maria Livia poate desfăşura activitatea până vârsta de 70 de ani ,în temeiul art.3 din Decizia nr. 4/2008 a Colegiului Medicilor din România conform căreia : „medicii de familie din unităţile sanitare private desfăşoară activitatea medicală până la vârsta de 70 de ani."

Faţă de cele prezentate ţinând cont de art 385 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare , având în vedere prevederile Hotărârii de Guvern nr. 884/2004 privind concesionarea unor spaţii cu destinaţia de cabinete medicale şi Titlul VI Proprietatea Publică ,Capitolul II,art.871-873 din Codul Civil, Hotărârea Consiliului Local nr. 238/2004, modificată prin Hotărârea nr. 85/2006, şi coroborat cu prevederile art.36 alin.2 pct.c din Legea nr. 215/2001 Legea administraţiei publice locale republicată cu modificările şi completările ulterioare, propunem Consiliului Local al municipiului Craiova :

1.Modificarea contractului de concesiune nr.37880/18.05.2006 încheiat între Consiliul Local al Municipiului Craiova şi dr. Pătruţoiu Maria Livia medic titular al Cabinetului Medical Individual dr.Pătruţoiu Maria Livia prin prelungirea duratei concesiunii până la data de 30.11.2016.

2.Împuternicirea Primarului municipiului Craiova să semneze actul adiţional de modificare a contractului de concesiune nr. 37880/18.05.2006 conform punctului mai sus menţionat.

Modificarea în mod corespunzător a HCL nr. 238/2004 .

DIRECTOR EXECUTIV,
Cristian Ionuţ Gâlea

ŞEF SERVICIU
Cristina Daniela Radu

AVIZAT LEGALITATE,
cons.jr.Cristian Ionuţ Gâlea

142165
25 09 3

Radu Dare

Dua Radu
25.09.2013

Doamne Primar

Subsemnata Dr. Pătrutoru Maria
Livia medic de fam. la cab. medical
din micropoliclinica Gr. Norii str. Art.
Dumitru Mascu nr 16A, vă rog a-mi
prelungi contractul de concesiune nr. 37880
din 18.05.2006;

Cu stimă

24.09.2013.

Ana

Către Domnul Primar al Municipiului
Craiova.

DP. 1228/25.09.2013.

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA

COLEGIUL MEDICILOR DOLJ

Data: 12.01.2007

CERTIFICAT DE MEMBRU

Nr. DJ.07.0388

Colegiul Medicilor Dolj autorizează pe: **CNP:** [redacted]

DR. PATRUTOIU MARIA LIVIA
MEDIC PRIMAR

Absolvent(ă) a(l) Facultății:

Universitatea de Medicină din Cluj

Serie și număr diplomă: 119944

Promoția: 1972

Specialitate:

MEDICINA DE FAMILIE

Atestat de studii complementare:

ECHOGRAFIE GENERALA

să practice profesiunea de medic potrivit prevederilor art. 384 a titlului XII privind exercitarea profesiei de medic, organizarea și funcționarea CMR, din Legea nr. 95/ 2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Activitățile autorizate se pot desfășura cu îndeplinirea condițiilor de dotare minimă, iar dispozitivele medicale utilizate la desfășurarea activităților autorizate trebuiesc înregistrate la M.S.P.

Titularul Certificatului a depus jurământul la data de: SEPT.1972

PREȘEDINTE,

Dr. DORU MIHAI DOBRESCU

Notă: Certificatul de membru se vizează anual pe baza asigurării de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru anul respectiv.

NR. POLITA ASIGURARE / DATA	SOCIETATEA DE ASIGURARE	AVIZUL ANUAL
RCFM.3092128 01.01.2007- 31.12. 2007	ARDAF S A	
Nr. polita asig. CCFH 3117671 Ardaf din 11.05.2008 pe pe 1.2008 - 31.XII.2008	ARDAF S A	
RCFM 3145934 01.01.2009-31.12.2009	ARDAF S A	
DJ0008100001512 09.01.2010-08.01.2011	ASTRA ASIG S A	
SERIA G NR.775857 09.01.2011 -08.01.2012	OMNIASIG. S.A	
SERIA G NR.798390 09.01.2012-08.01.2013	OMNIASIG S.A	
[illegible] 23.01.2013-22.01.2014	ASTRA	

Colegiul Medicilor Dolj
Craiova, Str. Cornelia Coposu nr. 107
Cod fiscal: 9850293
Tel / fax: 0251418412
Nr: 3164 din 24.09.2013

CATRE,

Dr. Patrutoiu Maria Livia,
Loc. Craiova, jud. Dolj,

Avand in vedere cererea dvs.inregistrata la CM Dolj, sub nr. 3118 din 17 09 2013, in legatura cu varsta pana la care aveti dreptul de a desfasura activitate medicala va comunicam urmatoarele:

1.Conform dispozitiilor art. 385, alin 3 din Legea 95 / 2006: „medicii care au depasit varsta de pensionare prevazuta la alin. 1, pot profesa in continuare in unitati sanitare private''.

2. Conform dispozitiilor art. 3 din Decizia nr 4 / 2008 a Colegiului Medicilor din Romania: „medicii de familie din unitatile sanitare private desfasoara activitatea medicala pana la varsta de 70 de ani''.

3. Conform dispozitiilor OG 124 / 1998, medicii de familie desfasoara activitatea in sistem privat, indiferent de forma de organizare: cabinet medical individual sau societate comerciala cu personalitate juridica.

Cum dvs. desfasurati activitatea de medicina de familie in sistem privat sub forma de organizare a „cabinetului medical individual'' aveti dreptul de a desfasura activitate medicala pana la varsta de 70 de ani.

Presedinte,

Colegiul Medicilor Dolj

Prof. Dr. Udrastoiu Tudor

25/05-08-2013

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE DOLJ
IEȘIRE Nr. 9775
An 2013 luna 04 ziua 26

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistență medicală primară
279 / 26-04-2013

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate Dolj, cu sediul în municipiul/orașul Craiova str. 1 Decembrie 1918 nr. 8, județul/sectorul DOLJ , telefon 0251 406666/fax 0251 406349, reprezentată prin președinte - director general ALINA-ELENA TANASESCU,

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară DR. PATRUTOIU MARIA-LIVIA, organizat astfel:

- cabinet individual DR. PATRUTOIU MARIA-LIVIA, fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul titular PATRUTOIU MARIA-LIVIA
având sediul cabinetului medical în municipiul/orasul/comuna Craiova, str. Arh. Duiliu Marcu nr. 16A , bl....., sc. ..... , et. ..... , ap. ..... , județul/sectorul DOLJ, telefon 0251595457, adresa e-mail marialiviapatrutoiu@yahoo.com

II. Obiectul contractului

ART. 1
Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2
Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveției/din cadrul sistemului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a

cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum şi pentru pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, de către următorii medici de familie:

1. PATRUTOR MARIA-LIVIA, având un număr de 327 persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de 0 persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de 1.580 persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie.

IV. Durata contractului

ART. 4
Prezentul contract este valabil de la data de 01-05-2013 până la 31-12-2013.

ART. 5
Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6
Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;
c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;
d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele [illegible] oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite [illegible]

Cvit prevederilor legale în vigoare;
să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
să confirme sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor medicilor de familie, să comunice în scris și sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;
să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita și pe serviciu rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor "per capita" și per serviciu, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total național de puncte realizate atât "per capita", cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
să țină evidența distinctă a persoanelor asigurate de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență; pentru asigurații care se află în evidența Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și care sunt înscriși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât și în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, confirmarea calității de asigurat se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât și în format electronic;
să informeze asigurații cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun;
să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;
să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013;
să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, incluse în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013;
să monitorizeze perioadele de absență a medicilor de familie pentru care înlocuirea se asigură pe bază de recomandate pentru perioade cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an;
să achite la cuantumurile furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală medicii și

codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de
p) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconfe
depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe pr
q) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și în format electro
erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii;
r) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, urmare a punerii în aplic
reglementărilor prevăzute la art. 6 alin. (1) - (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței
medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr.
117/2013, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția
acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a
cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

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

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

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

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

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

7. să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia: în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013;

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

9. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie [redacted] recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate [redacted] precum și medicul de medicina muncii, sunt obligați să comunice recomandările for[redacted] inclusiv

ularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital, recomandările vor fi comunicate izându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să nţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

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

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

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

12. să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

13. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

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

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

16. să asigure utilizarea formularelor cu regim special-unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

17. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

18. a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale

de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de ap[illegible] 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de [illegible] sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013, program asumat prin p[illegible] contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;
b) programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului Bucureș[illegible] pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință;
19. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;
20. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
21. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;
22. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraților fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
23. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;
24. să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
25. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013;
26. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;
27. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
28. să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
29. să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor;
30. să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
31. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
32. să întocmească bilet de trimitere către societăți de turism balnear și de recuperare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;
33. să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la [illegible] situațiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii [illegible], dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în [illegible] de familie pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de [illegible] de sănătate și

...tate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situație în car... ...icii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract ...tru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul/codul unic de asigurare, ...mărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este ...registrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale;
34. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
35. să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și să raporteze această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici;
36. în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv a excluderii medicului/medicilor din contractul/convenția încheiat(ă) cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicul/medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
37. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
38. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
39. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;
40. să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile legii;
41. să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013;
42. să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;
43. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
44. să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;
45. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;
46. să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la pct. 45, toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

VI. Modalităţi de plată

ART. 8

Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt:

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

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013;

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială (oraş, comună)/zonă urbană - în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 32 din Contractulcadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013: NU

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială (oraş, comună)/zonă urbană - în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 31 din Contractulcadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, care încheie contract după expirarea convenţiei de furniza de servicii medicale încheiate pe o perioadă de 3 luni: NU

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013: de la ..... până la .....

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

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractuluicadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, se ajustează în raport:

a) cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie:

- cabinet DR. PATRUTOIU MARIA-LIVIA: 0%;

Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervaţiei Biosferei "Delta Dunării" se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea; în condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie.

b) cu gradul profesional:

- medic primar 20%
- medic care nu a promovat un examen de specialitate -10%

1.6) În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie **depăşeşte 2.200.** plata "per capita" se realizează după cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă şi **structura pe grupe** de vârstă se înmulţeşte cu raportul dintre 2.200 şi numărul de asiguraţi pe listă, astfel:

Nr. de puncte "per capita" de decontat = număr de puncte realizate x 2.200 / **Număr de persoane** asigurate înscrise

În situaţia în care numărul de puncte realizat este mai mare de 19.000, la **punctele calculate conform**

ei de mai sus se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

Nr. puncte de decontat = număr de puncte realizate x (număr de asiguraţi înscrişi - 2.200) x 0,3 / Număr de persoane asigurate înscrise

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

Nr. de puncte "per capita" de decontat = număr de puncte realizate x 2.200 / Număr de persoane asigurate înscrise

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

Nr. de puncte "per capita" de decontat = număr de puncte realizate x (număr de asiguraţi înscrişi - 2.200) x 0,5 / Număr de persoane asigurate înscrise

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

Nr. de puncte "per capita" de decontat = număr de puncte realizate x 2.200 / Număr de persoane asigurate înscrise

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

Nr. de puncte "per capita" de decontat = număr de puncte realizate x (4.000 - 2.200) x 0,5 / Număr de persoane asigurate înscrise

d) în situaţia în care cabinetul medical se află într-o unitate administrativ-teritorială / zonă urbană cu deficit din punctul de vedere al prezenţei medicului de familie, stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

Nr. de puncte "per capita" de decontat = număr de puncte realizate x 2.200 / Număr de persoane asigurate înscrise

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

Nr. de puncte "per capita" de decontat = număr de puncte realizate x (număr de asiguraţi înscrişi - 2.200) x 0,5 / Număr de persoane asigurate înscrise

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunţate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/29.03.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii

2013 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.
2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de [redacted] lei, valabilă pentru anul 2013.

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

a) Medic de familie
Nume Prenume PATRUTOIU MARIA-LIVIA
Cod numeric personal/Cod de identificare [redacted]
Gradul profesional MEDIC PRIMAR
Codul de parafă al medicului 230418
Program de lucru:
- Cabinet DR. PATRUTOIU MARIA-LIVIA: Teren: - saptamanal - zile lucratoare - 2 ore ; de la 12:00 pana la 14:00
- Cabinet DR. PATRUTOIU MARIA-LIVIA: Cabinet: - saptamanal - zile lucratoare - 5 ore ; de la 14:00 pana la 19:00
Medic de familie angajat*)
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal/Cod de identificare .....
Grad profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical
Nume BIRDACEL Prenume ELENA-LAURA
Cod numeric personal/Cod de identificare 2830219160013/40746448538117617140

ART. 9
(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de 8 ale lunii.
Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.
(2) Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea drepturilor bănești ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor în funcție de valoarea definitivă a punctului per capita și a punctului pe serviciu medical.
(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și

unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 7 pct. 9, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

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

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

(8) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (3) - (6), se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (6) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

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

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

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

VII. Calitatea serviciilor

ART. 10

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11

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

IX. Clauză specială

ART. 12

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

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice

apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea c... din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea fa... împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen. În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

X. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului

ART. 13

Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia/acestuia;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

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

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

h) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciil... raportate în vederea decontării și cele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control;

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

ART. 14

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;
f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 15 alin. (1) lit. d), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;
f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, se poate face printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană de către comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, pentru situațiile în care se justifică această decizie;
(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.
(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.
(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.
(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 15

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:
a) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;
c) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată despre decizia Colegiului teritorial al Medicilor, de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului, aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație;
d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 8, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;
e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate, ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile față de casa de asigurări de sănătate sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.
(2) Decontarea [illegible] medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate

se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înre documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contracta până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a f obiectul litigiului.

ART. 16

Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 și lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 17

Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celelalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 18

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

ART. 19

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

ART. 20

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

ART. 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 15 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 22

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unor proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

...za dispozitiilor art.385 alin (1) si alin (8) din Legea nr.95/2006 privind reforma [redacted] ...atii, cu modificarile si completarile ulterioare coroborate cu dispozitiile art.II din Proce[redacted] ...80/18.04.2013, incheiat cu ocazia negocierii contractului in asistenta medicala primara pe[redacted] ...013, contractul inceteaza de drept la implinirea a 6 luni, calculate de la data la care vor deveni [redacted] dispozitiile legale mentionate.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi 26-04-2013 în două exemplare a câte 17 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Preşedinte - director general,
ALINA-ELENA TANASESCU

Director executiv al Direcţiei economice,
GEORGETA-SIMONA SUBTIRELU

Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
PETRICA-CRISTIAN POPESCU

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Reprezentant legal,
PATRUTOIU MARIA-LIVIA

Cu obiecțiunile la cap. XIV alte clauze cu care nu sunt de acord

Vizat
Juridic/contencios

CONTRACT DE CONCESIUNE

Nr. 37880 din 18.05.2006

1. Părţile contractante

1.1. **CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI CRAIOVA**, cu sediul în Craiova str. A. I. Cuza nr. 7, cod fiscal 4417214, reprezentat prin ec. Antonie Solomon, având funcţia de Primar, în calitate de **concedent.**

şi

1.2. **PĂTRUŢOIU MARIA - LIVIA** (domiciliată în Craiova, [redacted] ap. 3, CNP [redacted] medic titular al CABINETULUI MEDICAL INDIVIDUAL DR. PĂTRUŢOIU MARIA - LIVIA, cu sediul social în Craiova, Aleea Arh. Duiliu Marcu nr. 16A (Micropoliclinica Craiovita Nouă), înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale partea I sub nr. 576091 din 01.10.1999, cod fiscal 2480822163215 având contul RO66CRDZ006A037080484001 deschis la Romexterra Bank Craiova,

în calitate de **concesionar,**

au convenit să încheie prezentul contract de concesiune.

2. Obiectul contractului de concesiune

2.1. Obiectul contractului de concesiune îl constituie exploatarea spaţiului (bunul imobil) în care funcţionează şi Cabinetul Medical Individual Dr. Pătruţoiu Maria - Livia, situat în Craiova, Aleea Arh. Diuliu Marcu nr. 16A (Micropoliclinica Craiovita Nouă), cu regim de înălţime P+1, format din 46 încăperi în suprafaţă totală de 621,13 m^2, conform schiţei spaţiului (anexa nr. 1)

2.2 Din suprafaţa totală, titularului prezentului contract de concesiune îi revine o cotă - parte de **30,84 m^2,** astfel: 16,31 m^2 reprezintă suprafaţa cabinetului medical la care se adaugă 14,53 m^2 reprezentând cota indiviză din spaţiile comune (hol, săli de aşteptare, grupuri sanitare etc.) împărţită conform Acordului de voinţă (anexa nr. 2).

2.3. Predarea-primirea obiectului concesiunii se va efectua pe bază de proces-verbal care va constitui anexa nr. 3 la contractul de concesiune.

2.4. Este interzisă subconcesionarea în tot sau în parte, unei terţe persoane, a spaţiului care face obiectul prezentului contract de concesiune.

3. Termenul

3.1. Durata concesiunii este de 7 ani şi 4 luni, începând de la data 01.06.2006.

3.2. Contractul de concesiune poate fi prelungit pentru o perioadă egală cu cel mult jumătate din durata sa iniţială, astfel încât durata întregului contract să nu depăşească 49 de ani.

4. Redevenţa

4.1. Redevenţa este de **1 euro/m^2/an în primii 5 ani.**

4.2. După primii 5 ani nivelul minim al redeventei se va stabili de concedent, pornind de la preţul pieţei, sub care redevenţa nu poate fi acceptată. După negociere cuantumul redevenţei va fi prevăzut într-un act adiţional semnat de ambele părţi contractante.

4.3. Plata redevenţei se face prin conturile:

- contul concedentului nr RO95TREZ29121220207XXXXX, deschis la Trezoreria Municipiului Craiova;

- contul concesionarului nr RO66CRDZ006A037080484001 deschis la Romexterra Bank Craiova

4.4. Pentru primii 5 ani, începând din anul 2007, plata redevenței se va face în primul trimestru al anului respectiv. Ulterior, termenul de plata a redevenței se va stabili prin act adițional.

4.5. Pentru redevența pentru anul 2006, plata se va face până la data de 31.12.2006.

4.5. Neplata redevenței în termenul prevăzut la pct. 4.4 dă dreptul concedentului să pretindă penalități în cuantum de 0,25% din valoarea acesteia pe zi de întârziere.

4.7. Neplata redevenței pentru o perioadă de un an duce la rezilierea contractului.

5. Drepturile părților

5.1. Drepturile concesionarului

5.1.1. Concesionarul are dreptul de a exploata în mod direct, pe riscul și pe răspunderea sa, bunul imobil care face obiectul prezentului contract de concesiune.

5.2. Drepturile concedentului

5.2.1. Concedentul are dreptul să inspecteze bunul imobil concesionat, să verifice stadiul de realizare a investițiilor, precum și modul în care este satisfăcut interesul public prin realizarea activității sau serviciului public, verificând respectarea obligațiilor asumate de concesionar.

5.2.2. Verificarea se va efectua numai cu notificarea prealabilă a concesionarului.

6. Obligațiile părților

6.1. Obligațiile concesionarului

6.1.1. Concesionarul este obligat să asigure exploatarea eficace în regim de continuitate și de permanență a bunului imobil care face obiectul concesiunii.

6.1.2. Concesionarul este obligat să plătească redevența.

6.1.3. Concesionarul are obligația de a restitui bunul concesionat, după expirarea contractului de concesiune, în deplină proprietate, liber de orice sarcină, inclusiv investițiile realizate, cel puțin în condițiile în care a fost preluat, în caz contrar urmând să suporte contravaloarea daunelor produse.

6.1.4. Concesionarul poate investi în bunul imobil concesionat sau poate realiza lucrări de modernizare a acestuia numai cu acordul concedentului.

6.1.5. În termen de 90 de zile de la data încheierii contractului de concesiune concesionarul este obligat să depună, cu titlu de garanție, o sumă de 108 lei.

6.1.6. La încetarea contractului de concesiune din alte cauze decat prin ajungere la termen, excluzând forța majoră și cazul fortuit, concesionarul este obligat să asigure continuitatea prestării activității sau serviciului public, în condițiile stipulate în contract, până la preluarea acesteia de către concedent.

6.1.7. În cazul în care concesionarul sesizează existența sau posibilitatea existenței unei cauze de natură să conducă la imposibilitatea realizării activității sau serviciului public, va notifica de îndată acest fapt concedentului, în vederea luării măsurilor ce se impun pentru asigurarea continuității activității sau serviciului public.

6.1.8. Concesionarul are obligația de a onora anumite solicitari ale Ministerului Sănătății, specifice sistemului sanitar (efectuare de gărzi, acordare de asistență medicală de specialitate anumitor categorii de pacienți etc), care vor fi reglementate prin ordin al ministrului sănătății.

6.2. Obligațiile concedentului

6.2.1. Concedentul este obligat să nu îl tulbure pe concesionar în exercițiul drepturilor rezultate din prezentul contract de concesiune.

6.2.2. Concedentul nu are dreptul să modifice în mod unilateral contractul de concesiune, în afară de cazurile prevăzute expres de lege și de prezentul contract.

6.2.3. Concedentul este obligat să notifice concesionarului apariţia oricăror împrejurări de natură să aducă atingere drepturilor concesionarului, dacă are cunoştinţa despre aceasta.

7. Modificarea contractului

7.1. Concedentul poate modifica unilateral partea reglementară a prezentului contract de concesiune, cu notificarea prealabilă a concesionarului, din motive excepţionale legate de interesul naţional sau local, după caz.

7.2.1. În cazul în care modificarea unilaterală a contractului de concesiune îi aduce un prejudiciu, concesionarul are dreptul să primească în mod prompt o despăgubire adecvată şi efectivă.

7.2.2. În caz de dezacord între concedent şi concesionar cu privire la valoarea despăgubirii, aceasta va fi stabilită de instanţa judecătorească competentă.

7.2.3. Dezacordul dintre concedent şi concesionar cu privire la despăgubiri nu poate să constituie un temei pentru concesionar care să conducă la sustragerea de la obligaţiile sale contractuale.

8. Încetarea contractului de concesiune

8.1. Prezentul contract de concesiune încetează în următoarele situaţii:

a) la expirarea duratei stabilite în prezentul contract, dacă părţile nu convin în scris prelungirea acestuia, în condiţiile legii;

b) în cazul în care interesul naţional sau local o impune, prin denunţarea unilaterală de către concedent, cu plata unei despăgubiri juste şi prealabile în sarcina concedentului;

c) în cazul nerespectării obligaţiilor contractuale de către concesionar, prin reziliere unilaterală de către concedent, cu plata unei despăgubiri în sarcina concesionarului;

d) în cazul nerespectării obligaţiilor contractuale de către concedent, prin rezilierea unilaterală a contractului de către concesionar, cu plata de despăgubiri în sarcina concedentului;

e) la dispariţia, dintr-o cauză de forţă majoră, a bunului concesionat sau în cazul imposibilităţii obiective a concesionarului de a-l exploata, prin renunţare, fără plata unei despăgubiri;

f) schimbarea destinaţiei spaţiilor după concesionare atrage rezilierea de drept a contractului de concesiune;

g) concesionarul poate denunţa unilateral contractul de concesiune pentru motive personale, notificând concedentul cu 60 de zile înainte de data denunţării;

h) în cazul în care titularul cabinetului medical nu mai desfăşoară activitate medicală.

9. Răspunderea contractuală

9.1. Nerespectarea de către părţile contractante a obligaţiilor cuprinse în prezentul contract de concesiune atrage raspunderea contractuală a părţii în culpă.

10. Forţa majoră

10.1. Nici una dintre părţile contractante nu răspunde de neexecutarea la termen şi/sau de executarea în mod necorespunzator, total sau parţial, a oricărei obligaţii care îi revine în baza prezentului contract de concesiune, dacă neexecutarea sau executarea necorespunzatoare a obligaţiei respective a fost cauzată de forţa majoră, astfel cum este definită în lege.

10.2. Partea care invocă forţa majoră este obligată să notifice celeilalte părţi, în termen de 48 ore de la producerea evenimentului, şi să ia toate măsurile posibile în vederea limitării consecinţelor lui.

10.3. Dacă în termen de 15 zile de la producere evenimentul respectiv nu încetează, părţile au dreptul să îşi notifice încetarea de plin drept a prezentului contract de concesiune fără ca vreuna dintre ele să pretindă daune-interese.

11. Notificări

11.1. În accepţiunea părţilor contractante orice notificare adresată de una dintre acestea celeilalte este valabil îndeplinită dacă va fi transmisă la adresa/sediul prevăzut în prezentul contract de concesiune.

11.2. În cazul în care notificarea se face pe cale poştală, ea va fi transmisă prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire şi se consideră primită de destinatar la data menţionată de oficiul poştal primitor pe această confirmare.

11.3. Dacă notificarea se trimite prin telex sau prin fax, ea se consideră primită în prima zi lucrătoare dupa cea în care a fost expediată.

11.4. Notificările verbale nu se iau în considerare.

12. Litigii

12.1. În cazul în care rezolvarea neînţelegerilor nu este posibilă pe cale amiabilă, ele vor fi supuse spre soluţionare instanţei competente.

13. Clauze finale

13.1. Orice modificare a prezentului contract de concesiune se face numai prin act adiţional semnat de ambele părţi contractante.

13.2. Prezentul contract de concesiune, împreună cu anexele 1 - 3, care fac parte integrantă din cuprinsul sau, reprezintă voinţa părţilor şi înlătură orice altă înţelegere verbală dintre acestea, anterioară sau ulterioară încheierii lui.

13.3. Prezentul contract de concesiune a fost încheiat în 2 exemplare.

Concedent,
CONSILIUL LOCAL
AL MUNICIPIULUI CRAIOVA

Primar,
ec. Antonie Solomon

Secretar,
jur. Nicoleta Miulescu

Concesionar,

Director Dir. Patrimoniu,
Ing. Ovidiu Vânghelie

Şef Serviciu A.D.P.P.,
ing. Silvia Stănău

Viză control financiar preventiv

Vizat pentru legalitate.