NORME TEHNICE din 30 martie 2022

de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2022-2023

|  |  |
| --- | --- |
| EMITENT | **** Casa Națională de Asigurări de Sănătate |

Publicat în **Monitorul Oficial nr 318 din data 31-03-2022**

**Data intrării în vigoare 26-09-2023**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Formă consolidată valabilă la data 02-11-2023**  **Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 26-09-2023 până la data de 02-11-2023** |

Anexa nr. 5^1

la Normele tehnice

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii conexe actului medical în

cadrul Subprogramul naţional de servicii conexe acordate

persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist în anii 2022 - 2023

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ......................., cu sediul în municipiul/oraşul ............, str. .............. nr. ..... judeţul/sectorul ..........., telefon/fax .............. reprezentată prin Director general ...................,

şi

Unitatea de specialitate ..................., cu sediul în .................., str. ............... nr. ....., telefon ............, fax .............., reprezentată prin ..................., denumit în continuare Furnizor.

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor conexe actului medical pentru Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist din cadrul Programului naţional de sănătate mintală, conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare şi Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2022 - 2023, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, cu modificările şi completările ulterioare, denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile conexe furnizate

Articolul 2

Unităţile de specialitate (Furnizorul) de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist prestează asiguraţilor serviciile cuprinse în normele tehnice, respectiv: servicii de psihoterapie şi/sau consiliere psihologică clinică şi/sau consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială-logopedie, respectiv intervenţii psihologice validate ştiinţific în tulburări din spectru autist, inclusiv elaborarea unui plan de intervenţie personalizat pentru fiecare bolnav.

Articolul 3

Furnizarea serviciilor conexe în cadrul Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se face de către:

a) ....................

Nume: ............... Prenume: ................

Codul numeric personal: .......................

Codul de parafă: ..................

Program zilnic de activitate: .................

b) ....................

Nume: .............. Prenume: .................

Codul numeric personal: .......................

Codul de parafă: ..................

Program zilnic de activitate: .................

c) .........................

d) .........................

IV. Durata contractului

Articolul 4

Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la data de 31 decembrie 2023.

Articolul 5

(1) Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă şi conţinut acceptabile, a tuturor documentelor şi dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condiţiilor din anexa A la prezentul contract.

(2) Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 423/2022, cu modificările şi completările ulterioare

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii conexe autorizaţi şi evaluaţi sau autorizaţi şi acreditaţi/înscrişi în procesul de acreditare, şi să facă publice 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, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii conexe, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor conexe contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

c) să informeze furnizorul de servicii conexe cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea serviciilor conexe în cadrul Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, suportate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorul de servicii conexe cu privire la derularea Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist şi cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către Furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv respectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii conexe, precum şi informaţiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii de servicii conexe care derulează Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist sumele reprezentând contravaloarea serviciilor conexe, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste, în situaţia în care furnizorul nu deţine documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor conexe;

h) să trimită spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către Furnizor, pentru a căror corectitudine Furnizorul depune declaraţii pe propria răspundere;

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile conexe acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor [Regulamentului (CE) nr. 883/2004](file:///C:\eurolegis\ro\index\act\59249#A0) al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor conexe posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor [Regulamentului (CE) nr. 883/2004](file:///C:\eurolegis\ro\index\act\59249#A0), în perioada de valabilitate a acestora, precum şi bolnavilor 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, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt;

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii conexe, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii conexe a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

(2) Casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (1), au obligaţia de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală.

(3) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a publica pe site-ul propriu lista unităţilor de specialitate care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

B. Obligaţiile unităţilor de specialitate (furnizorilor) pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Articolul 7

Furnizorul de servicii conexe are următoarele obligaţii:

a) să furnizeze bolnavilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, servicii conexe şi să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de acordare a acestui tip de serviciu, potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să utilizeze fondurile primite pentru subprogramul naţional de sănătate curativ, potrivit destinaţiei acestuia;

c) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unităţile de specialitate vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii trataţi în cadrul subprogramului;

d) să întocmească şi să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declaraţiile de servicii lunare, în vederea validării şi decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor conexe acordate în limita sumei prevăzute în contract; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să întocmească evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii conexe în cadrul subprogramului, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, diagnostic specific, serviciilor efectuate;

f) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a psihologului şi a furnizorului;

h) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii conexe, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operaţională în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din Romania; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor conexe contractate şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului conex şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică a asigurărilor de sănătate, caz în care unităţile de specialitate sunt obligate să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

l) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor conexe, acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile conexe înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului conex şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile conexe acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (11) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

m) să transmită în platforma informatică a asigurărilor de sănătate serviciile conexe, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile lit. l), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor conexe acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului conex şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor conexe acordate se face prin semnătură electronică extinsă, /calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile conexe nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile conexe efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat subprogramului naţional de sănătate curativ;

o) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru serviciile conexe care se asigură în cadrul subprogramului naţional de sănătate curativ şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor conexe, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

p) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare;

q) să organizeze evidenţa cheltuielilor pe fiecare activitate din cadrul subprogramului naţional de sănătate curativ;

r) să raporteze corect şi complet serviciile conexe efectuate;

s) să completeze/să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

ş) să asigure servicii conexe pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, pentru bolnavii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea [Regulamentului (CE) nr. 883/2004](file:///C:\eurolegis\ro\index\act\59249#A0) al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi bolnavilor 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;

t) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile conexe, asigurate potrivit prevederilor lit. ş) şi decontate din bugetul FNUASS;

ţ) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală serviciile conexe prevăzute la lit. ş) însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la serviciu, de documentele justificative/documentele însoţitoare;

u) să întocmească liste de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de servicii conexe în cadrul subprogramului. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta devine operaţional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din Romania;

v) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru, Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist sau veniturile realizate în baza contractului, după caz, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestora;

x) să întocmească documentele necesare pentru acordarea/întreruperea serviciilor conexe, după caz;

y) să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

z) să ia toate măsurile necesare pentru respectarea de către furnizorul de servicii conexe a tuturor obligaţiilor privind condiţiile acordării serviciilor conexe, prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Legii nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educaţie şi sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist şi cu tulburări de sănătate mintală asociate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii, al ministrului educaţiei naţionale şi cercetării ştiinţifice, al ministrului muncii, familiei, protecţiei sociale şi persoanelor vârstnice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 968/5194/1945/714/2016, cu modificările ulterioare.

VI. Modalităţi de plată

Articolul 8

(1) Modalitatea de plată a serviciilor conexe este de tarif/serviciu conex, tarif conform normelor tehnice, respectiv: tarif/şedinţă de psihoterapie/de consiliere psihologică clinică/de consiliere sau intervenţie de psihopedagogie specială-logopedie: 135 lei.

(2) Suma anuală contractată este ........... lei, din care:

Trimestrul I ........... lei,

Trimestrul II .......... lei,

Trimestrului III ....... lei,

Trimestrul IV .......... lei,

Articolul 9

(1) În vederea decontării Furnizorul va depune/transmite la casa de asigurări de sănătate declaraţia de servicii conexe lunare, în formatul prevăzut în anexa B, care va include tipul şi volumul serviciilor conexe furnizate asiguraţilor în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară celei pentru care se face raportarea, numărul beneficiarilor de servicii conexe, pe tipuri de servicii şi suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Suma va fi calculată după cum urmează: numărul şedinţelor conexe pe tipuri de servicii înmulţit cu tariful tipului de serviciu.

(2) Furnizorul are obligaţia ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună/transmită declaraţia de servicii conexe privind serviciile furnizate în luna anterioară la casa de asigurări de sănătate şi factura pentru suma prevăzută în declaraţia de servicii. Documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanţilor legali ai Furnizorului. În termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii facturii, validării serviciilor raportate şi acordării vizei "bun de plată", casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului.

(3) Netransmiterea de către furnizor a documentelor menţionate la alin. (2) exonerează casa de asigurări de sănătate de obligaţia plăţii pentru luna respectivă.

(4) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menţionat la alin. (2), precum şi existenţa unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depăşit termenul.

VII. Răspunderea contractuală

Articolul 10

(1) Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

(2) De la data intrării în vigoare a prezentului contract Furnizorul de servicii conexe va încheia o poliţă de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puţin ............... pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al preşedintelui CNAS pentru furnizorii de servicii conexe) pentru astfel de riscuri şi în astfel de termeni şi condiţii, cu un asigurător autorizat de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor. Poliţa de asigurare va fi în vigoare pentru o perioadă de 6 luni după data încetării prezentului contract.

VIII. Clauze speciale

Articolul 11

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

Articolul 12

Efectuarea de servicii conexe peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

IX. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Articolul 13

Nerespectarea de către unităţile de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 atrage aplicarea unor sancţiuni de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care sau înregistrat aceste situaţii."

Articolul 14

Contractul pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist 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, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă din motive imputabile furnizorului de servicii conexe, acesta nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii conexe şi este adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declaraţie scrisă;

Articolul 15

(1) Contractul pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) încetarea, după caz, prin constatarea ori declararea nulităţii, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desfiinţare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege;

c) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate.

(2) Contractul încetează în următoarele situaţii:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

Articolul 16

(1) Contractul pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de asigurare a serviciilor conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul subprogramului de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. h) în condiţiile în care furnizorul face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, a dovezii de acreditare sau înscrierii în procesul de acreditare, după caz, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei, precum şi a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor; suspendarea operează de drept de la data neîndeplinirii oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii conexe, pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

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

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile conexe.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valoarea de contract nu se reduce proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situaţia în care valoarea de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării."

X. Corespondenţa

Articolul 17

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

Articolul 18

(1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

Articolul 19

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

Articolul 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ...... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi.

XII. Soluţionarea litigiilor

Articolul 21

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

Articolul 22

Anexele A şi B fac parte integrantă din prezentul contract.

XIII. Alte clauze

..................................

..................................

Prezentul contract de furnizare a serviciilor conexe actului medical acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist în cadrul Subprogramului naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist a fost încheiat astăzi, ..........., în două exemplare a câte .... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

|  |  |
| --- | --- |
| Casa de Asigurări de Sănătate | Furnizor |
| Director General, | Reprezentant legal, |
| ........................ | ........................ |
|  |  |
| Director executiv |  |
| Direcția Economică, |  |
| ........................ |  |
|  |  |
| Director executiv |  |
| Direcția Relații Contractuale, |  |
| ........................ |  |
|  |  |
| Medic-Șef, |  |
| ........................ |  |
|  |  |
| Vizat juridic, contencios |  |
| ........................ |  |

Anexa A

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii conexe

actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

a) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)

1. dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.

2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărţii de identitate, după caz;

e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei în concordanţă cu tipul de furnizor, atât pentru furnizor, cât şi pentru psihologii care îşi desfăşoară activitatea în formele prevăzute la art. 6 din Legea nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepţia furnizorilor în care îşi desfăşoară activitatea un singur psiholog care vor încheia asigurare de răspundere civilă profesională în domeniul psihologiei numai pentru acesta;

f) documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecţie conform condiţiilor stabilite prin norme;

g) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

h) programul de activitate al furnizorului/punctului de lucru/punctelor de lucru secundare, după caz;

i) certificatul de membru al Colegiul Psihologilor din România pentru fiecare psiholog care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul psihologiei.

Anexa B

DECLARAŢIE LUNARĂ DE SERVICII

Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari

de servicii conexe actului medical acordate persoanelor

diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Furnizor .............

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna ...........

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | CNP bolnav beneficiar de servicii conexe actului medical acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist | Număr de servicii conexe | Tarif/ Serviciu conex  (lei) | Sumă de decontat  (lei) |
| C0 | C1 | C2 | C3 | C4 = C2\*C3 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |