**ANEXA 29**

- model -

**CONTRACT**

**de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat**

**I. Părţile contractante**

Casa de asigurări de sănătate .................., cu sediul în municipiul/oraşul .................., str. ................... nr. ....., judeţul/sectorul ................, telefon ............... fax ........, adresă e-mail: ................. reprezentată prin preşedinte - director general ........................,

şi

Unitatea specializată privată ................ reprezentată prin: ................................., cu sediul în ..................., str. ................. nr. ..., telefon fix/mobil .............., adresă e-mail: ................. fax ................

**II. Obiectul contractului**

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019 şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../....../2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

**III. Consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat furnizate**

ART. 2 Furnizorul de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază şi în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

**IV. Durata contractului**

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31decembrie 2018.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 140/2018.

**V. Obligaţiile părţilor**

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu unităţi specializate private, autorizate şi evaluate, 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 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, conform legii;

b) să deconteze unităţilor specializate private, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de lista certificată de serviciul public de ambulanţă cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară şi de documentele justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....../....../ 2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casa de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate și/sau prin poșta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 196 alin. (1) din Anexa 2 la H.G. nr. 140/2018, furnizorii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat 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 comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; 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 deconteze furnizorului consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat acordate beneficiarilor;

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, 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 termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării;

ART. 6 (1) Furnizorul de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat are următoarele obligaţii:

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

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casa de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic casei de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, 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 corespondența între părți prevăzute în contract;

d) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită, prin dispeceratul unic 112, în limita mijloacelor disponibile și în limita valorii de contract;

f) să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază, fără nici discriminare;

g) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractului de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară în vederea decontării serviciilor medicale contractate şi validate de către casa 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 serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

h) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat pacienţilor 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;

i) 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 din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

j) să asigure consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, utilizând mijlocul de intervenţie şi transport şi echipamentul corespunzător situaţiei respective, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

k) să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018;

l) să introducă monitorizarea apelurilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

n) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază şi pachetul minimal furnizate, în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. .../..../2018; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

o) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum şi daune sănătăţii propriei persoane, din culpă - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

(2) Serviciile de ambulanţă private au obligaţia să asigure, la solicitarea serviciilor publice de ambulanţă, consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurări de sănătate, în conformitate cu protocolul de colaborare încheiat între serviciul public de ambulanţă şi serviciile de ambulanţă private, conform prevederilor legale în vigoare.

**VI. Modalităţi de plată**

ART. 7 (1) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar neasistat va avea în vedere fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

a) pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu nu cuprinde cheltuielile cu mijlocul de transport în tariful/km parcurs, respectiv tariful/milă marină parcursă).

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurşi, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs. La estimarea numărului de kilometri parcurşi se iau în calcul şi kilometrii estimaţi a fi parcurşi aferenţi consultaţiilor de urgenţă la domiciliu.

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful pe milă marină parcursă. La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul şi milele marine estimate a fi parcurse aferente consultaţiilor de urgenţă la domiciliu.

(2) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport neasistat efectuate de unităţile specializate autorizate şi evaluate private:

a) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi, respectiv mile marine parcurse, şi tariful pe kilometru parcurs, respectiv tariful pe milă marină parcursă, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă lunii respective;

b) Trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la data de 1 aprilie 2018 până la sfârşitul trimestrului respectiv, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi, respectiv mile marine parcurse, şi tariful pe kilometru parcurs, respectiv tariful pe milă marină parcursă, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurşi, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum şi a numărului consultaţiilor de urgenţă la domiciliu, realizate de la 1 aprilie 2018 până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul contractat.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurşi, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum şi a numărului consultaţiilor de urgenţă la domiciliu, realizate de la 1 aprilie 2018 până la sfârşitul trimestrului respectiv, este mai mică decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul realizat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate autorizate şi evaluate private solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 şi la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 şi la litera B pct. 2 din anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../....../2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 8 (1) Suma contractată aferentă consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat pentru anul 2018 este de .................................. lei.

(2) Suma contractată aferentă consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat se defalchează pe trimestre şi pe luni.

ART. 9 (1) Lunar, la data de .......... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de .............. a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de .......... a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările şi decontările, ţinându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi, cu excepţia trimestrului IV, pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs, pentru serviciile medicale realizate, raportate şi validate conform contractului de furnizare de servicii, de la data de 1 aprilie 2018 până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor şi a documentelor justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(4) Plata consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat se face în contul nr. ..............., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr. .................., deschis la Banca ...................................., la data de ..............

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor medicale specializate private prevăzute la art. 6 alin (1) lit. a), lit. c) –f), lit h)-m) şi lit.o) şi alin. (2) atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5%la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) şi (2), pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare silită în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

**VII. Calitatea serviciilor medicale**

ART. 11 Consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al furnizorului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

ART. 14 (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.

ART. 15 Efectuarea de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, suspendarea şi rezilierea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

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

a1) furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului, după caz;

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

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;

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute art. 106 alin. (1) lit. a) – d) din Anexa 2 la H.G. nr. 140/2018, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestora;

b) pentru 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;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative.

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR / membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul / personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (2) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (2) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează consultaţiile de urgentă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat se reziliază printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul 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 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 de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

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

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, a documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi a documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 10 alin. (1);

h) dacă furnizorul nu îndeplineşte condiţia prevăzută la art. 105 lit. e) din anexa 2 la H.G. nr. 140/2018.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casa de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casa de asigurări de sănătate nu va mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casa 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casa de asigurări de sănătate nu va accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (3), casa de asigurări de sănătate nu va mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu va mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) şi la art. 16 alin. (1) lit. a) subpunctele a2) şi a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) - subpct. al) şi lit. c) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

**XI. Corespondenţa**

ART. 19 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondenţă electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul unităţii specializate private declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

**XII. Modificarea contractului**

ART. 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, şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (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, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 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 bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

**XIII. Soluţionarea litigiilor**

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre 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.

**XIV. Alte clauze**

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

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

Prezentul contract de furnizare a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ..............., în două exemplare a câte ......... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR

Preşedinte - director general, Reprezentant legal,

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

Director executiv al Direcţiei economice,

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

Director executiv al Direcţiei relaţii

contractuale,

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

Vizat

Juridic, Contencios

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