**ANEXA 32A**

 **- model –**

**CONTRACT DE FURNIZARE**

**de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu**

 **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

 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, reprezentat prin: ...........................................

 Persoana fizică/juridică ........................................... având sediul în municipiul/oraşul ......................., str. .................... nr. ......, bl. ......, sc. ......, et. ....., ap. ......., judeţul/sectorul ....................., telefon ......................, fax .................., adresă e-mail .............................

 **II. Obiectul contractului**

 ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, 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. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu**

 ART. 2 Furnizorul prestează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu asiguraţilor, cuprinse în anexa nr. 30 A 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.

 ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către următorul personal medico-sanitar:

a) Medic

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

 Specialitatea: ..................................Grad profesional.........................

 Cod numeric personal: ....................................................

 Codul de parafă al medicului: ............................................

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

b) Asistent medical ......................................................................

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

 Cu studii superioare: DA…………………./NU

 Cod numeric personal: ....................................................

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

c) Fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală ..............

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

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

 Cod numeric personal: ....................................................

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

 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate sunt cele recomandate de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medici aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru o durată recomandată de medicul care a făcut recomandarea şi certificată de casa de asigurări de sănătate.

 **IV. Durata contractului**

 ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2018.

 ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 140/2018.

 **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 de îngrijiri medicale la domiciliu autorizaţi şi evaluaţi, pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate, 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 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 de îngrijiri medicale la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu contractate, efectuate, raportate şi validate;

 c) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu suportate din Fond 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 în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și 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 caselor 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 servicii de îngrijiri medicale la domiciliu cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu 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 servicii de îngrijiri la domiciliu, 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 recupereze de la furnizorii care au acordat serviciile de îngrijire la domiciliu sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situaţia în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertismentele emise de Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate;

 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; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

 **B. Obligaţiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu**

 ART. 7 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are următoarele obligaţii:

 a) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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 casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

 c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu si să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu din pachetul de bază asiguraţilor, fără nicio discriminare;

 d) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. ...../....../2018, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

 e) 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 și să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

 f) 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;

 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 contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale 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 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 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 asistenţă medicală 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 nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, prevăzute în pachetul de servicii, şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri şi pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens, servicii de îngrijiri prevăzute în recomandare;

 k) să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform recomandărilor medicilor aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecinţă a actului medical propriu, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. ...../....../2018. Modelul formularului de recomandare este stabilit în anexa nr. 31 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. ...../....../2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în 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. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu trebuie să se afle în niciuna dintre situaţiile de incompatibilitate prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr ....../......./2018. În cazul nerespectării acestei prevederi, contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază; casele de asigurări de sănătate nu iau în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

 l) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie iniţiativă schema de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu;

 m) să comunice direct, în scris, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu cât şi medicului de familie al asiguratului evoluţia stării de sănătate a acestuia, după caz;

 n) să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia stării de sănătate;

 o) să nu depăşească din proprie iniţiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită în anexa 31 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....../......../ 2018;

 p) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale, în condiţiile stabilite în 31 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ......./......./ 2018 ;

 q) să utilizeze prescripţia medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare, dacă medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu prescriu substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligaţia să recomande aceste medicamente cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor și să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

 r) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, respectiv prescripţia medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare.

 s) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

 ş) 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 medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

 Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază 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) 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;

 t) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile lit. ş), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate 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;

 ţ) să transmită caselor de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului, la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia;

 u) începând cu 1 iulie 2018 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

 v) să aducă la cunoștința caselor de asigurări de sănătate sumele pe care le primesc de la bugetul de stat și/sau bugetul local, conform prevederilor legale în vigoare.

 **VI. Modalităţi de plată**

 ART. 8 (1) Suma contractată este în valoare de ........................ lei, din care:

 - Suma aferentă trimestrului I ....................... lei,

 din care:

 - luna I .................. lei

 - luna II ................. lei

 - luna III ................ lei

 - Suma aferentă trimestrului II ...................... lei,

 din care:

 - luna IV ................. lei

 - luna V .................. lei

 - luna VI ................. lei

 - Suma aferentă trimestrului III ..................... lei,

 din care:

 - luna VII ................ lei

 - luna VIII ............... lei

 - luna IX ................. lei

 - Suma aferentă trimestrului IV ...................... lei,

 din care:

 - luna X .................. lei

 - luna XI ................. lei

 - luna XII ................ lei.

 (2) Valoarea contractului pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate de furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nu poate depăşi suma maxim posibil de contractat pentru furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate, stabilită potrivit prevederilor Anexei 31A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ......./......./ 2018

 ART. 9 (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înţelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor pentru un episod de îngrijire.

 (2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire medicală la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire medicală la domiciliu.

 Tariful maximal pe o zi de îngrijire medicală la domiciliu este de: ........ lei pentru mediul urban și ...... lei pentru mediul rural pentru îngrijirile acordate asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 4, respectiv tariful maximal pentru o zi de îngrijire este de ...... lei pentru mediul urban și ...... lei pentru mediul rural pentru îngrijirile acordate asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 3. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu precum şi costurile de transport la adresa declarată unde se acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

 Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30A la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În caz contrar, tariful pe o zi de îngrijire medicală la domiciliu se reduce proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

 Nr. servicii recomandate / nr. minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanţă ECOG.

 (3) Numărul maxim de zile de îngrijiri medicale la domiciliu ce pot fi efectuate și raportate de personalul care își desfășoară activitatea la furnizor, se stabilește având în vedere:

 - timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră

 - numărul de ore în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor și acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu.

 (4) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu.

 (5) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu de face lunar, în funcţie de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu efectuate, raportate și validate și tariful pe zi de îngrijire, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 5% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare.

 ART. 10 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de ............. ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

 (2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului.

 Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul ..................................

 **VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu**

 ART. 11 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate 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 servicii de îngrijiri medicale la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este direct răspunzător/răspunzătoare de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

 **IX. Clauză specială**

 ART. 14 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.

 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.

 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.

 **X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului**

 ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), f), h), i), m) - o), q), r), u) și v)se aplică următoarele sancţiuni:

 a) la prima constatare, avertisment scris;

 b) la a doua constatare se diminuează cu 3%suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

 (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) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. e), j) și s) se aplică următoarele sancţiuni:

 a) la prima constatare, avertisment scris;

 b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

 c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

 (4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

 a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie;

 b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie;

 (5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin (1) - (4) pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită în situația 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 îngrijiri medicale la domiciliu în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu 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 îngrijiri medicale la domiciliu 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 îngrijiri medicale la domiciliu, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

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

 (7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) – (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

 ART. 16 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu 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 situaţii:

 a) dacă, din motive imputabile furnizorului, acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

 b) 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;

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

 d) 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 şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

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

 f)odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 15 alin. (1) – (4) pentru fiecare situaţie;

 g)în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. k), l) și p).

 ART. 17(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu încetează în următoarele situaţii:

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

 a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu 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 de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

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

 b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

 c) acordul de voinţă al părţilor;

 d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu 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;

 e) denunţarea 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 condiţiile art. 18 lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

 (2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor 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 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 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, casele de asigurări de sănătate nu vor 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, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte de acelaşi tip cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

 ART. 18 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

 a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 118 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 acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

 b) 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;

 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;

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

 (3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de îngrijiri la domiciliu.

 ART. 19 Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) şi a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

 Situaţiile prevăzute la art.17 alin. (1) lit. a) subpct. al) 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. 20 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu 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. 21 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 calendaristice înaintea datei la care se doreşte modificarea.

 Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

 ART. 22 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.

 ART. 23 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.

 **XIII. Soluţionarea litigiilor**

 ART. 24 (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 serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu 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 DE ÎNGRIJIRI MEDICALE

 LA DOMICILIU

 Preşedinte - director general, Reprezentant legal,

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

 Director executiv al

 Direcţiei economice,

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

 Director executiv al

 Direcţiei relaţii contractuale,

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

 Vizat

 Juridic, Contencios

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