

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/3

mun. Chișinău

“31” decembrie 2020

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **dna Buliga Valentina, director general**, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”**, reprezentată de către **dl Uncuța Andrei, director** (în continuare – **Prestator**), care acționează în baza **Regulamentului** au încheiat Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Contract), convenind asupra următoarelor:

2. Obiectul Contractului

2.1. Obiect al prezentului Contract îl constituie acordarea asistenței medicale de către Prestator, în volumul și de calitate prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Program unic), normele metodologice de aplicare a acestuia și de prezentul Contract.

2.2. Suma contractuală anuală este stabilită în mărime de **574 798 635 MDL 82 bani** (cinci sute șaptezeci și patru milioane șapte sute nouăzeci și opt mii șase sute treizeci și cinci MDL 82 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele nr.1-4 la prezentul Contract.

3. Obligațiile părților

3.1. Prestatorul se obligă:

să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și prezentul Contract (cu anexele respective), inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori, care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a acestuia, conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protocoalelor Clinice Naționale;

să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

să asigure confidențialitatea informației cu privire la starea sănătății persoanei, cu excepția cazurilor prevăzute de lege;

să elibereze pacienților în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere la specialiștii de profil;

să verifice, la acordarea serviciilor medicale, statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesînd baza de date a Companiei și actele care atestă identitatea pacientului. În cazul spitalizării, să stabilească statutul de persoană asigurată/neasigurată la momentul internării. În caz de necesitate, să contacteze Compania;

să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistența medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor efectua în condițiile art.5 alin.(4) din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;

să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând formele cele mai economice și eficiente de diagnostic și tratament;

să asigure existența în stoc a medicamentelor, articolelor parafarmaceutice și consumabilelor necesare prestării serviciilor medicale prevăzute în Programul unic;

să informeze persoanele despre drepturile pe care le au, inclusiv despre volumul, modul și condițiile de acordare a serviciilor medicale, prevăzute în Programul unic și prezentul Contract;

să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor registrul, numerotat, broșat și parafat de Companie, al sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate;

să planifice proporțional, pe parcursul anului, în limita sumei contractate, volumul și spectrul de servicii medicale, asigurând activitatea Prestatorului în cadrul întregului an de gestiune;

să prezinte Companiei pentru coordonare și aprobare, în termen de 30 de zile lucrătoare din data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (business-plan), precum și modificările introduse în acesta, în cazul încheierii unor acorduri adiționale la Contract;

să prezinte Companiei, pînă la data de 18 a lunii imediat următoare perioadei de gestiune, factura pentru serviciile medicale prestate și documentele justificative în modelul solicitat de Companie, conform prevederilor prezentului Contract și Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv de gestiune;

să țină evidența și să completeze corect și la timp registrul persoanelor, cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentînd Companiei lunar, nu mai tîrziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companie, pe tipuri de asistență medicală;

să prezinte dările de seamă pentru luna decembrie/trimestrul IV și facturile de plată pentru luna decembrie/trimestrul IV al anului respectiv de gestiune conform termenelor stabilite de Companie, ultimele zile ale lunii fiind incluse în darea de seamă pentru luna ianuarie a anului următor;

să prezinte Companiei, pînă la data de 15 a lunii imediat următoare trimestrului de gestiune, informația privind cazurile tratate cu leziuni corporale și alte maladii pricinuite persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice și juridice, după modelul solicitat de Companie;

să prezinte materialele/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, în temeiul prezentului Contract, precum și gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate;

să comunice Companiei, în termen de cel mult 3 zile după adoptarea deciziei, despre întreruperea activității sau anularea licenței, reorganizarea sau lichidarea instituției, inițierea procesului de insolvență, pentru ca Compania să poată încheia contracte cu altă instituție medicală;

să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice aprobate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;

să utilizeze sistemele informaționale ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei, prezentînd și preluînd rapoarte și alte date prevăzute de actele normative în vigoare și de prezentul contract;

să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile și dările de seamă prezentate Companiei;

să acopere, din contul mijloacelor financiare obținute, conform prezentului contract, doar cheltuielile necesare realizării Programului unic;

să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu legislația în vigoare;

să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;

să nu încaseze, de la persoanele asigurate, sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării prezentului Contract și a condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;

să asigure respectarea Regulamentului privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratamentul în condiții de ambulator al persoanelor înregistrate la medicul de familie, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1372 din 23 decembrie 2005;

să asigure completarea formularului de rețetă pentru prescrierea și eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în conformitate cu Instrucțiunea de completare a rețetei pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobată prin ordinul comun al organului central de specialitate al administrației publice în domeniul respectiv și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

3.2. Compania se obligă:

să transfere Prestatorului mijloacele financiare, în conformitate cu facturile prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul și în limitele prezentului Contract;

să verifice corespunderea cu clauzele Contractului a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor contractate.

4. Costul serviciilor, termenul și modul de achitare

4.1. Serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi contractate de Companie în baza tarifelor negociate cu Prestatorul, fără a depăși tarifele aprobate de Guvern, și a costurilor serviciilor medicale aprobate conform actelor normative în vigoare.

4.2. Compania achită lunar sau trimestrial, în dependență de mijloacele financiare disponibile Prestatorului serviciile acordate, conform dărilor de seamă și facturilor de plată, dar nu mai mult de volumul prevăzut în prezentul Contract și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată.

4.4. Pentru tipurile de servicii medicale contractate, pentru care în Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, Compania efectuează lunar, în limitele mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală aferentă acestor servicii.

4.5. În cazul în care suma transferată în avans va depăși suma calculată în baza dărilor de seamă acceptate pentru serviciile prestate, conform prezentului Contract, diferența obținută va fi reținută din contul transferurilor ulterioare sau, după caz, returnată la conturile Companiei.

4.6. Volumul anual de servicii medicale achitat din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală poate fi revăzut în partea majorării sau micșorării lui în dependență de activitatea Prestatorului și a posibilităților financiare ale Companiei.

4.7. Descrierea detaliată a modalității de achitare a serviciilor medicale este prevăzută anual în Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală.

5. Responsabilitatea Părților contractante

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate Companiei prin prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a documentelor de plată cu indicarea pentru achitare a serviciilor care de fapt nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală, în conformitate cu Programul unic, sau au fost acordate în alt

volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile când serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, investigațiilor și achitarea altor plăți nelegitime.

5.2. În cazul confirmării cazurilor menționate la subpunctul 5.1 prin raport de evaluare întocmit de structurile abilitate ale Companiei, Compania va reține suma prejudiciată din contul transferurilor pentru luna imediat următoare.

5.2¹. Prestatorii de servicii medicale în asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulator și asistență medicală spitalicească poartă responsabilitate pentru:

prescrierea neregulamentară și/sau neargumentată a rețetelor pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și pentru eliberarea neargumentată a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță. În cazul în care în urma evaluărilor va fi constatată prejudicierea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania va percepe suma prejudiciată, care se va transfera la contul Companiei. În cazul completării neregulamentare a formularului de rețetă pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania va aplica o penalitate de 5% din suma compensată a rețetelor completate eronat;

înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară. În cazul constatării înregistrărilor duble ale persoanelor, precum și lipsa cererilor completate de persoană în modul stabilit, Compania va reține suma aferentă, la tariful stabilit în prezentul Contract, din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare și va aplica o penalitate în mărime de 10% din suma reținută, care va fi transferată la contul Companiei;

neasigurarea veridicității informației introduse în darea de seamă privind numărul și lista nominală a pacienților beneficiari, cantitatea de medicamente utilizată, inclusiv medicamente cu destinație specială, consumabile și dispozitive medicale în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare, precum și alte acte justificative la cererea Companiei. În cazul constatării înscrierilor neautentice, Compania va reține suma aferentă din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare și va aplica o penalitate în mărime de 10% din suma reținută, care va fi transferată la contul Companiei;

nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). În cazul în care prin nerrespectarea lor se constată mărirea neargumentată a costului cazului, ca urmare a efectuării auditului codificării, se va reține diferența de cost al cazurilor de pînă la și după auditul codificării din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.

5.3. În cazul confirmării refuzului de acordare a asistenței medicale prevăzute de Contract, Prestatorul va achita Companiei o penalitate de 30% din valoarea estimată a serviciilor medicale ce urmau a fi acordate și va restitui pacientului cheltuielile suportate, confirmate documentar.

5.3¹. Nu se admite defazectarea de către Prestatori a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decît cele pentru care sînt stabilite conform legislației și prezentului Contract. Pentru sumele defazectate, depistate în urma evaluărilor și monitorizărilor efectuate, se va percepe suma defazectată și se va aplica o penalitate în mărime de 0,1% din sumă pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decît cele stabilite de legislație, care se va transfera la conturile Companiei.

5.3². Prestatorul poartă responsabilitate pentru neexecutarea pretențiilor înaintate în urma evaluării efectuate. În cazul neexecutării în termenul stabilit a pretențiilor înaintate, prestatorului i se va aplica o penalitate de 1% din suma menționată în pretenție, cu aplicarea unui nou termen de executare a acesteia. În cazul neexecutării repetate a pretenției, Compania va aplica o penalitate de 2% din suma înaintată în ultima pretenție.

5.4. Pentru neachitarea, în termenele stabilite în prezentul Contract, a serviciilor medicale acordate de către Prestator, Compania va achita o penalitate în mărime de 0,01% din suma restantă pentru fiecare zi de întîrziere.

5.5. În caz de forță majoră, Partea care o invocă este exonerată de răspundere în baza prezentului Contract:

Partea nominalizată trebuie să anunțe cealaltă Parte, în termen de 5 zile, despre apariția respectivului caz de forță majoră, precum și despre încetarea acestuia;

dacă nu procedează la anunțarea, în termenele prevăzute mai sus, a începerii și încetării cazului de forță majoră, Partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte Părți prin neanunțarea în termen;

în cazul în care acțiunea forței majore se prelungește pe o perioadă de peste 6 luni, fiecare Parte poate cere rezilierea Contractului.

5.6. Prestatorul este obligat să restituie pacientului cheltuielile suportate de acesta și justificate documentar care, fiind incluse în costul serviciilor medicale prestate, au fost achitate de Companie conform prezentului Contract.

6. Procedura de încheiere a Contractului și termenul de valabilitate

6.1. Prezentul Contract se consideră încheiat din data semnării lui de către Părți și devine valabil de la 1 ianuarie 2021 pînă la 31 decembrie 2021.

6.2. Procedura de negociere a condițiilor Contractului pentru anul următor va fi inițiată, de regulă, pînă la data de 1 noiembrie a anului curent de gestiune. Pînă la data de 31 decembrie Compania pregătește și coordonează cu Prestatorul proiectul contractului și anexele respective.

7. Modificarea, încetarea și rezilierea Contractului

7.1. În cazul în care vor surveni modificări ale tarifelor la serviciile medicale, Părțile vor modifica volumul acestor servicii în limitele sumei contractuale anuale.

7.2. Prezentul Contract poate fi reziliat din inițiativa Companiei, printr-o notificare în următoarele cazuri:

dacă Prestatorul nu începe activitatea în termen de 7 zile calendaristice de la data semnării Contractului, în cazul executării de către Companie a obligațiilor sale stipulate în prezentul Contract;

în caz de inițiere a procesului de insolabilitate, dizolvare, reorganizare, retragere sau expirare a licenței sau a certificatului de acreditare a Prestatorului precum și a autorizației sanitare de funcționare;

dacă, din motive imputabile Prestatorului, acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

în cazul refuzului Prestatorilor de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale Companiei, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de Companie, a documentelor medicale și administrative existente la nivelul Prestatorului evaluat și monitorizat, precum și în cazul îngrădirii accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei.

7.3. Prezentul Contract poate fi reziliat de către Părțile contractante pentru neonorarea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

7.4. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislației ce reglementează sistemul ocrotirii sănătății, modul de acordare a asistenței medicale sau condițiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală, Părțile contractante se obligă în termen de 30 de zile calendaristice din data survenirii modificărilor să modifice prezentul Contract prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul subpunct va servi drept temei pentru rezilierea automată a Contractului.

8. Corespondența

8.1. Corespondența ce ține de derularea prezentului Contract se efectuează în scris prin poștă, fax, curier sau în format electronic la adresele de corespondență menționate în rechizitele Contractului.

8.2. Fiecare Parte contractantă este obligată, în termen de 3 zile din data la care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, fax, adresă electronică oficială), să notifice celeilalte Părți contractante schimbarea survenită.

9. Alte condiții

9.1. Prezentul Contract este întocmit în două exemplare, a câte 13 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.

9.2. Litigiile apărute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea sau alte pretenții ce decurg din prezentul Contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

9.3. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă țin de competența instanțelor judecătorești abilitate conform legislației în vigoare.

9.4. Părțile contractante convin asupra faptului că orice obiecție asupra executării prezentului Contract va fi expediată în formă scrisă și Părțile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile din data recepționării pretenției.

9.5. Compania poate delega unele drepturi și obligațiuni ce reies din prezentul Contract agențiilor sale teritoriale (ramurale).

9.6 Anexele nr.1-4 constituie parte integrantă a prezentului Contract.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

Compania

Compania Națională de
Asigurări în Medicină
mun. Chișinău, str. Vlaicu Pârcălab nr. 46
cod fiscal 1007601007778

Prestatorul

IMSP „Spitalul Clinic Republican „Timofei
Moșneaga”
mun. Chișinău, str. Nicolae Testemițanu
nr.29
IDNO 1003600150783

Semnăturile părților

Compania

Buliga Valentina

Prestatorul

Uncuța Andrei

L.Ș.



L.Ș.



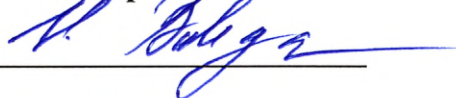
Anexa nr. 1
la Contractul de acordare a asistentei
medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență
medicală nr. 05-08/B
din 31 decembrie 2020

Asistența Medicală Specializată De Ambulator

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 Prestatorului i se planifica următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

Nr. d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numarul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
AMSP				
1) Buget global				
1	BG AMSP			11 341 153.66
TOTAL:			X	11 341 153.66
Suma totala pentru AMSP				11 341 153.66
IN TOTAL:				11 341 153.66

Compania



L.Ș.



Prestatorul



Asistența medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală spitalicească, achitat de Companie:

1)

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif	Suma
Program general	Per caz	15 592	2.6564	6 317	431 599 102.49
Program „Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)”	Per caz	4 200	6.1596	6 317	
Chirurgie de zi	Per caz	800	1.0460	6 317	
Cazuri cronice:					
Reabilitare	Per caz			6 245	
Program special "Tratament operator pentru cataractă"	Per caz	1 300	2.5458	4 667	15 445 623.18
Program special "Cardiochirurgie"	Per caz	450	10.7916	4 667	22 663 978.74
Program special "Protezări vasculare"	Per caz	350	6.9102	4 667	11 287 466.19
Program special "Chirurgie endovasculară"	Per caz	500	6.5821	4 667	15 359 330.35
Program special "Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale"	Per caz	120	7.4128	4 667	4 151 464.51
Program special "Cardiologie intervențională congenitală"	Per caz	25	15.8557	4 667	1 849 963.80
Program special "Cardiologie intervențională"	Per caz	20	10.5653	4 667	986 165.10
Program special "Neuroradiologie intervențională"	Per caz	15	2.8964	4 667	202 762.48
Transplant de ficat	Per caz	5		789 605	3 948 025.00
Transplant de rinichi	Per caz	8		180 360	1 442 880.00
Transplant de cornee fără costul corneii	Per caz	8		21 889	175 112.00
Ședință de hemodializă	Per ședință	2000		1 995	3 990 000.00
Consumabile costisitoare	Buget global				5 070 873.00
Secția de internare	Buget global				3 288 327.00
Salarizare rezidenți	Buget global				32 494 408.32
TOTAL	X	X	X	X	553 955 482.16

2) Lista consumabilelor costisitoare:

Microcateter
Cateter
Cateter ghid
Cateter ghid cu balon de ocluzie (distal)
Ghid
Microghid
Teacă ghid
Sistem detașare spirale/coiluri
Set pentru embolizare
Spirală (coil)

Set introductor pentru puncție
Sistem de închidere percutant a orificiului de puncție
Set steril getabil
Stent
Balon
Dispozitiv recuperare corp străin
Set inflator cu manometru
Microsfere pentru embolizare
Casetă pentru vitrectomie

Compania

Prestatorul

V. Buliga

[Signature]

L.Ș.

L.Ș.



Anexa nr. 3
 la Contractul de acordare a asistenței
 medicale (de prestare a serviciilor
 medicale) în cadrul asigurării obligatorii
 de asistență medicală nr. 05-02/3
 din 31 decembrie 2020

Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

1) Pentru serviciile medicale de înaltă performanță menționate în pct.63 a Criteriilor de contractare:

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
206	Ecografia hepatobiliară (2D) + Doppler	249	
208	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
209	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
210	Ecografia sistemului urinar (2D) + Doppler	332	
214	Ecografia vezicii urinare cu 2 D în scară gri + Doppler	278	
216	Examenul ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	311	
242	Ecografia zonei hepato-pancreato-lienalis + Doppler sistemului portal	462	
243	Ultrasonografia vaselor magistrale cervico-cerebrale (extra-intracraniene)	346	
244	Ultrasonografia vaselor magistrale ale membrelor superioare	428	
245	Ultrasonografia arterelor membrelor inferioare	428	
246	Ultrasonografia venelor membrelor inferioare	428	
262	Litotriția extracorporeală cu unde de șoc	2106	
269	Ecocardiografia (M, 2D, Doppler, Doppler Color)	337	
452	Scintigrafia miocardului în regim SPECT la aparatul Gamma Camera SPECT/CT cu „stres farmaceutic”	2675	
453	Scintigrafia miocardului în regim SPECT la aparatul Gamma Camera SPECT/CT în repaos	3521	
454	Scintigrafia perfuziei pulmonare la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1203	
455	Scintigrafia perfuziei pulmonare + regim SPECT la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1327	
456	Scintigrafia perfuziei pulmonare + regim SPECT/CT la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1796	
457	Scintigrafia sistemului osteoarticular în regim WHOLE BODY (corp integru) + regim SPECT/CT la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1959	
458	Scintigrafia paratiroidiană + regim SPECT/CT la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	3435	
460	Scintigrafia glandei tiroide cu test captare la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	866	
466	Scintigrafia renală în studiu dinamic la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1233	
468	Scintigrafia sistemului osteoarticular (compartiment) 3 faze la aparatul Gamma Camera SPECT	776	
470	Scintigrafia sistemului osteoarticular în regim WHOLE BODY (corp integru) la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1511	
471	Tomografia cu emisie de pozitroni – tomografia computerizată (PET-CT), cu administrarea radiotrasorului FDG F-18	21529	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
472	Esofagogastroduodenofibroscopia diagnostică cu determinarea germeului Helicobacter Pylori	334	
477	Bronhoscopia diagnostică	313	
478	Bronhoscopia cu aspirare pentru citologie și bacterioscopie	255	
480	Bronhoscopia cu biopsie	314	
487	Videoendoscopia digestivă superioară	361	
488	Videoendoscopia digestivă superioară, cu biopsie	592	
491	Videoendoscopia digestivă superioară, cu polipectomie	3306	
502	Biometria AB-scan	233	
503	Ecografia AB-scan	235	
504	Tomografia în coerență optică a discului nervului optic	386	
505	Tomografia în coerență optică a maculei	386	
506	Tomografia în coerență optică a segmentului anterior al globului ocular	325	
Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constitue			6 461 360.00

<i>Inclusiv:</i>	
Suma în limitele căreia urmează a fi decontate serviciile medicale prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”	3 876 816.00
Suma maximă în limitele căreia pot fi decontate în baza biletului de trimitere 027/e	2 584 544.00

2) Pentru serviciile medicale de înaltă performanță menționate în pct.68 a Criteriilor de contractare:


Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
4	Determinarea complexelor imune circulante	156	
5	Determinarea anticorpilor anti-CCP prin metoda ELISA	189	
14	Determinarea anti-ds ADN, anti-ss ADN, ELISA	129	
15	Determinarea anticorpilor antinucleari (ANA), ELISA	129	
20	Determinarea anticorpilor anticardiolipinici IgG prin metoda Elisa	125	
21	Determinarea anticorpilor anticardiolipinici IgM prin metoda Elisa	125	
22	Determinarea anticorpilor anti-citoplasmatici (ANCA), ELISA	123	
23	Determinarea anticorpilor anti-PR3 (cANCA)	127	
24	Determinarea anticorpilor anti-SS A(Ro)	137	
25	Determinarea anticorpilor anti-SS B(La)	125	
26	Determinarea anticorpilor anti-RNP/Sm	125	
27	Determinarea anticorpilor anti-Centromeri B	138	
46	Determinarea anticorpilor antimitochondriali AMA-2 prin metoda Elisa	125	
47	Determinarea anticorpilor microsomiali antifosfolipidici (Anti LC) prin metoda Elisa	244	
53	Determinarea anticorpilor antifosfolipidelor IgM prin metoda Elisa	135	
54	Determinarea anticorpilor antifosfolipidelor IgG prin metoda Elisa	135	
62	Determinarea anticorpilor SCL-70 prin metoda ELISA	125	
64	Determinarea IgE total	100	
67	Determinarea anticorpilor IgE specifici la alergeni cu patogenitatea majoră prin metoda ELISA	73	
68	Determinarea HBs Ag	89	
69	Determinarea anti-HBs Ag	99	
70	Determinarea anti-HBcor	99	
71	Determinarea anti-HBcor IgM	89	
73	Determinarea CA 19-9	109	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
75	Determinarea CA 125	109	
76	Determinarea CEA	80	
77	Determinarea Feritin	92	
78	Determinarea AFP	93	
79	Determinarea PSA	83	
91	Determinarea CRP de înaltă sensibilitate (proteina C-reactivă de înaltă sensibilitate)	107	
99	Determinarea IGF-I	142	
101	Determinarea IL-6	322	
103	Determinarea T3	79	
104	Determinarea T3 liber	63	
105	Determinarea T4	74	
106	Determinarea T4 liber	70	
107	Determinarea TSH	72	
108	Determinarea LH	84	
109	Determinarea FSH	90	
110	Determinarea cortizolului	89	
111	Determinarea testosteronului	87	
112	Determinarea estradiolului	86	
113	Determinarea progesteronului	86	
114	Determinarea prolactinei	87	
115	Determinarea anti-TG	104	
116	Determinarea DHEA SO4	97	
117	Determinarea anti-TPO	102	
118	Determinarea ACTH	91	
119	Determinarea hormonului creșterii	98	
121	Determinarea C-Peptid	112	
122	Determinarea calcitoninei	104	
127	Determinarea Intact PTH	112	
144	Determinarea cantitativă a ARN-ului virusului hepatitei C în regim Real-Time PCR (TagMan)	2383	
147	Determinarea cantitativă a ADN-ului virusului hepatitei B în regim Real-Time PCR (TagMan)	2548	
186	Investigația imunohistochimică suplimentară cu un anticorp în procese nontumorale și tumorale	537	
187	Investigația prin metoda CISH pentru identificarea Oncogenei HER-2/neu, situată pe cromozomul 17	3316	
Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie			3 040 640.00

3) Suma totală alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie 9 502 000.00 MDL.

Compania

 L.Ș.

Prestatorul

 L.Ș.

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 Părțile contractante au convenit asupra următoarelor:

1. Executarea prezentului Contract se va efectua în conformitate cu Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021 și a Normelor metodologice cu privire la elaborarea și aprobarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Norme metodologice).

2. Prestatorul este obligat în termen de 15 zile calendaristice să informeze Compania despre repartizarea investigațiilor fiecărei instituții medico-sanitare cu drept de trimitere la servicii medicale de înaltă performanță, cu specificarea numărului și sumei.

3. Prestatorul este obligat să comunice Companiei în decurs de 3 zile despre imposibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță contractate (inclusiv din cauza defectării aparatului medical).

4. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic, precum și evidența biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și serviciile medicale de înaltă performanță incluse în capitolele I-III din Anexa nr. 5 la Programul unic.

5. Prestatorul va dezvolta capacitățile instituției pentru asigurarea prescrierii și prestării serviciilor medicale de înaltă performanță incluse în capitolele IV-XIII din Anexa nr.5 la Programul unic de către medicii cu drept de prescriere a acestor servicii prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”.

6. Prestatorul poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea cotei minime prevăzute în Normele metodologice a cheltuielilor pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic. În cazul în care Prestatorul nu va valorifica cotele planificate (aprobat) și va înregistra sold de mijloace bănești la sfârșitul perioadei de gestiune (ținând cont de datoriile debitoare și creditoare), Compania va reține diferența dintre suma planificată și cea executată (cheltuieli efective) din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.

7. În cazul modificării pe parcursul anului de gestiune a Valorilor Relative în cadrul sistemului DRG (CASE-MIX), aprobate conform actelor normative în vigoare, ca urmare a realizării unui exercițiu de determinare a costurilor Grupurilor Omogene de Diagnostic (DRG), Compania va opera modificările corespunzătoare la prezentul Contract, prin încheierea cu Prestatorul a unui acord adițional.

8. În temeiul art.15 din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și întru executarea Ordinului comun MSMPS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014, cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, și în scopul realizării acțiunilor de regres de către CNAM pentru recuperarea cheltuielilor suportate pentru acordarea asistenței medicale persoanelor asigurate cărora le-a fost cauzat prejudiciu sănătății de către persoane juridice sau fizice, prestatorul de servicii medicale va prezenta pînă la data de 5 a lunii ce succede luna de gestiune, informația privind cazurile de leziuni corporale și alte maladii cauzate persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice și juridice, conform formularelor aprobate prin Ordinul comun MSMPS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014 (modificat prin Ordinul comun MSMPS și CNAM nr.1299/373-A din 30.12.2020).

Compania

L.Ș.

Prestatorul

L.Ș.