

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

nr. 05-08/343

mun. Chișinău

“28” decembrie 2018

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **dna Andrușca Tamara, director general**, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”**, reprezentată de către dl **Anatol Ciubotaru, 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 **381 587 491 MDL 30 bani** (trei sute optzeci și unu milioane cinci sute optzeci și șapte mii patru sute nouăzeci și unu MDL 30 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 Protoacoalelor 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, accesând 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, până 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, prezentând Companiei lunar, nu mai târziu 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, până 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, prezentând și preluând 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, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până 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 nerespectarea 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 întârziere.

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 2019 până la 31 decembrie 2019.

6.2. Procedura de negociere a condițiilor Contractului pentru anul următor va fi inițiată, de regulă, până la data de 1 noiembrie a anului curent de gestiune. Până 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 îngrijirii 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. Presentul Contract este întocmit în două exemplare, a câte 12 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 expedită 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

Andrușca Tamara

(numele reprezentantului Companiei)

Prestatorul

Ciubotaru Anatol

(numele reprezentantului Instituției medicale)



Anexa nr. 1
 la Contractul de acordare a asistentei
 medicale (de prestare a serviciilor medicale)
 in cadrul asigurarii obligatorii de asistenta
 medicala nr. 05-08/343
 din 28 decembrie 2018

Asistenta Medicala Specializata De Ambulator

In conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2019 Prestatorului i se planifica următorul volum de asistenta medicala specializata de ambulator:

Nr. d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numarul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
AMSP				
1) Buget global				
1	BG AMSP			6 803 187,00
2	Subventii pentru acoperirea cresterii cheltuielilor de personal			543 753,88
		TOTAL:	X	7 346 940,88
Suma totala pentru AMSP				7 346 940,88
				IN TOTAL:
				7 346 940,88

Compania



Prestatorul



Asistența medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2019 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală spitalicească, achitat de Companie:

1) Finanțare în bază de DRG (CASE-MIX):

Denumire program	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif (lei)	Suma (lei)
Program general	20 940	2,2262	5 081	236 859 086,87
Chirurgie de zi	800	1,2907	5 081	5 246 437,36
Program special "Tratament operator pentru cataractă"	2 000	2,0601	4 667	19 228 973,40
Program special "Cardiochirurgie"	737	10,2846	4 667	35 374 694,18
Program special "Protezări vasculare"	419	6,3269	4 667	12 372 082,12
Program special "Chirurgie endovasculară"	457	6,6763	4 667	14 239 339,49
Program special "Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale"	118	8,8975	4 667	4 899 906,64
Program special "Cardiologie interventională congenitală"	11	17,8993	4 667	918 896,36
Total	25 482	X	X	329 139 416,42

2) Asistența medicală procurată per caz tratat în limita sumei contractuale:

Nr. d/o	Denumire program	Suma (lei)	Profil	Tarif (lei)
1	Cazuri cronice	3 867 004,00	Îngrijiri medicale paliative (hospice)	343,25
			Geriatric	4 800
			Reabilitare	5 081
			Reabilitare neurologica	9 098
			Reabilitare cardiologica	6 998
Total		3 867 004,00		

3) Finanțare per caz tratat și evaluare pe baza îndeplinirii sumei contractate:

Nr. d/o	Profilul cazului tratat	Suma (lei)	Grup de cazuri tratate	Cost caz tratat
				(lei)
1	Transplant	15 951 465	Transplant de ficat	789 605
			Transplant de rinichi	180 360
			Transplant de corne	23 945

4) Suma alocată pentru secția de internare pentru persoanele asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate, constituie **3 111 000 MDL**.

5) Suma de **15 413 830 MDL** este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale.

6) Suma totală alocată pentru asistența medicală spitalicească constituie **367 482 715 MD 42 bani**.

Compania



Prestatorul



Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2019 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
10	Determinarea C-peptidului prin metoda ELISA	120	
33	Determinarea imunoglobulinei A (Mancini. imunoturbidimetrie)	43	
35	Determinarea imunoglobulinei M (Mancini. imunoturbidimetrie)	45	
37	Determinarea imunoglobulinei G (Mancini. imunoturbidimetrie)	43	
40	Determinarea complexelor imune circulante	156	
45	Determinarea anticorpilor anti-CCP prin metoda ELISA	189	
58	Determinarea HBe Ag	71	
59	Determinarea anticorpilor anti HBe Ag	71	
60	Determinarea anticorpilor anti-HDV sumar	69	
61	Determinarea anticorpilor anti-HDV IgM	74	
63	Determinarea anticorpilor anti-HCV IgM	73	
64	Determinarea anti-HCV prin metoda imunofluorescentă fermentdependentă	118	
88	Determinarea CA 125	88	
90	Determinarea CEA	82	
92	Determinarea feritinei	92	
100	Determinarea anticorpilor SCL-70 prin metoda ELISA	125	
111	Determinarea anticorpilor antimitochondriali AMA-2 prin metoda ELISA	125	
112	Determinarea anticorpilor microsomiali antifosfat (Anti LC) prin metoda Elisa	244	
123	Determinarea anti - ds ADN.anti - ss ADN	129	
124	Determinarea anticorpilor antinucleari (ANA)	129	
126	Determinarea anticorpilor anticitoplasmatici (ANCA). ELISA	123	
171	Determinarea anticorpilor anticardiolipinici Ig G prin metoda ELISA	125	
172	Determinarea anticorpilor anticardiolipinici Ig M prin metoda ELISA	125	
178	Determinarea IgE total prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	100	
182	Determinarea HBs Ag prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	89	
183	Determinarea anti-HBs Ag prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	98	
184	Determinarea anti-HBcor prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	99	
185	Determinarea anti-HBcor IgM prin metoda chemiluminiscentă amplificată	89	
187	Determinarea CA 19-9 prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	109	
192	Determinarea AFP prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	93	
193	Determinarea PSA prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	83	
207	Determinarea CRP de înaltă sensibilitate (proteina C-reactivă de înaltă	107	
224	Determinarea T3 prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	77	
225	Determinarea T3 liber prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	63	
226	Determinarea T4 prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	74	
227	Determinarea T4 liber prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	70	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
228	Determinarea TSH prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	72	
229	Determinarea LH prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	84	
230	Determinarea FSH prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	90	
231	Determinarea cortizolului prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	89	
232	Determinarea testosteronului prin metoda chemiluminiscentă amplificată	87	
233	Determinarea estradiolului prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	86	
234	Determinarea progesteronului prin metoda chemiluminiscentă amplificată	86	
235	Determinarea prolactinei prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	82	
238	Determinarea DHEA SO4 prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	96	
239	Determinarea anti-TPO prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	102	
240	Determinarea ACTH prin metoda chemiluminiscentă amplificată enzimatic	91	
241	Determinarea hormonului creșterii prin metoda chemiluminiscentă amplificată	98	
250	Determinarea Intact PTH	112	
251	Determinarea D-Dimer	137	
254	Determinarea anticorpilor antifosfolipidelor IgM prin metoda Elisa	135	
255	Determinarea anticorpilor antifosfolipidelor IgG prin metoda Elisa	135	
266	Determinarea cantitativă a ADN-lui virusului hepatitei B în regim Real-Time	2548	
268	Determinarea cantitativă a ARN-lui virusului hepatitei C în regim Real-Time	2383	
316	Ecografia ficatului cu 2 D în scară gri + Doppler	266	
318	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
320	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
322	Ecografia rinichilor cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
328	Ecografia vizicii urinare cu 2 D în scară gri + Doppler	278	
330	Examen ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	311	
360	Ultrasonografia sistemului venei portae	207	
361	Ultrasonografia vaselor magistrale cervico-cerebrale (extra -intra craniene)	346	
362	Ultrasonografia vaselor magistrale membrelor superioare	428	
363	Ultrasonografia arterelor membrelor inferioare	428	
364	Ultrasonografia vaselor membrelor inferioare	428	
384	Ecocardiografie (M. 2D. Doppler. Doppler Color)	337	
497	Scintigrafia glandei tiroide cu test captare	250	
510	Scintigrafia hepatică poliincidentțială în regim SPECT la aparatul	254	
511	Scintigrafia renală în studiu dinamic în regim SPECT la aparatul	309	
512	Scintigrafia sistemului ostearticular în regim WHOLE BODY (corp integru) în	436	
515	Litotriția extracorporeală cu unde șoc	2106	
612	Esofagogastroduodenofibroscopie diagnostică cu determinarea germenului	334	
614	Bronhoscopia diagnostică	313	
615	Bronhoscopia cu biopsie	314	
616	Bronhoscopia cu aspirare pentru citologie și bacterioscopie	255	
625	Biometria AB scan	233	
626	Ecografia AB scan	235	
629	Tomografia în coerență optică a discului optic	386	
630	Tomografia în coerență optică a maculei	386	
631	Tomografia în coerență optică a segmentului anterior	325	
Suma totala alocata pentru servicii medicale de inalta performanta constituie			6 757 835,00



Compania



Prestatorul

Anexa nr. 4
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/343
din 28 decembrie 2018

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2019 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 2019 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. În pct.2.2 la prezentul Contract din suma contractuală anuală, în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator cheltuielile de personal constituie 5 548 940 MDL 55 bani și în cadrul asistenței medicale spitalicești constituie 168 347 150 MDL 52 bani.
3. În condiții de hospice numărul mediu de zile de îngrijire pe an „per pacient” nu va depăși 30 zile.
4. 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.
5. Prestatorul este obligat să comunice Companiei în decurs de 3 zile despre imposibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță contractate (inclusiv din cauza defectării aparaturii medical).
6. 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 servicii medicale de înaltă performanță.
7. Prestatorul poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea cotei minime 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 respecta cotele planificate (aprobat) și va înregistra sold de mijloace bănești nevalorificat 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.

Compania



Prestatorul



ACORD ADIȚIONAL NR.1
la Contractul de acordare a asistenței medicale
(de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/373 din 28 decembrie 2018

mun. Chișinău

04 februarie 2019

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către dna **Tamara Andrușca, director general**, care acționează în baza **Statutului și Instituția Medico-Sanitară Publică „Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”**, reprezentată de către dl **Anatol Ciubotaru, director** (în continuare – **Prestator**), care acționează în baza **Regulamentului**, au convenit asupra următoarelor:

Contractul nr.05-08/373 din 28 decembrie 2018 se modifică după cum urmează:

1. La p.2.2 din Contract textul „**381 587 491 MDL 30 bani** (trei sute optzeci și unu milioane cinci sute optzeci și șapte mii patru sute nouăzeci și unu MDL 30 bani)” se substituie cu textul „**383 329 656 MDL 30 bani** (trei sute optzeci și trei milioane trei sute douăzeci și nouă mii șase sute cincizeci și șase MDL 30 bani)”.

2. În **Anexa nr.3** la Contract:

în **pct.1)** „sintagma „**6 757 835 MDL**” din poziția „Suma totală alocată pentru serviciile medicale de înaltă performanță” se substituie cu sintagma „**8 500 000 MDL**”.

3. Prezentul acord intră în vigoare de la 01 februarie 2019 și este valabil pe perioada de acțiune a contractului.

Compania

Prestatorul



Tamara Andrușca



Anatol Ciubotaru

ACORD ADIȚIONAL NR.2
la Contractul de acordare a asistenței medicale
(de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/373 din 28 decembrie 2018

mun. Chișinău

04 martie 2019

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către dna **Tamara Andrușca, director general**, care acționează în baza **Statutului și Instituția Medico-Sanitară Publică „Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”**”, reprezentată de către dl **Anatol Ciubotaru, director** (în continuare – **Prestator**), care acționează în baza **Regulamentului**, au convenit asupra următoarelor:

Contractul nr.05-08/373 din 28 decembrie 2018, modificat prin Acordul adițional nr.1 din 04 februarie 2019, se modifică după cum urmează:

1. La p.2.2 din Contract textul „**383 329 656 MDL 30 bani** (trei sute optzeci și trei milioane trei sute douăzeci și nouă mii șase sute cincizeci și șase MDL 30 bani)” se substituie cu textul „**387 433 371 MDL 30 bani** (trei sute optzeci și șapte milioane patru sute treizeci și trei mii trei sute șaptezeci și unu MDL 30 bani)”.

2. **Anexa nr. 2** la Contract se expune în redacție nouă:

1) Finanțare în bază de DRG (CASE-MIX):

Denumire program	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif (lei)	Suma (lei)
Program general	20 940	2,2262	5 081	236 859 086,87
Chirurgie de zi	800	1,2907	5 081	5 246 437,36
Program special "Tratament operator pentru cataractă"	2 000	2,0601	4 667	19 228 973,40
Program special "Cardiochirurgie"	737	10,2846	4 667	35 374 694,18
Program special "Protezări vasculare"	419	6,3269	4 667	12 372 082,12
Program special "Chirurgie endovasculară"	457	6,6763	4 667	14 239 339,49
Program special "Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale"	118	8,8975	4 667	4 899 906,64
Program special "Cardiologie interventională congenitală"	11	17,8993	4 667	918 896,36
Total	25 482	X	X	329 139 416,42

2) Asistența medicală procurată per caz tratat în limita sumei contractuale:

Nr. d/o	Denumire program	Suma (lei)	Profil	Tarif (lei)
1	Cazuri cronice	3 867 004,00	Îngrijiri medicale paliative (hospice)	343,25
			Geriatric	4 800
			Reabilitare	5 081
			Reabilitare neurologica	9 098
			Reabilitare cardiologica	6 998
Total		3 867 004,00		

3) Finanțare per caz tratat și evaluare pe baza îndeplinirii sumei contractate:

Nr. d/o	Profilul cazului tratat	Suma (lei)	Grup de cazuri tratate	Cost caz tratat
				(lei)
1	Transplant	15 951 465	Transplant de ficat	789 605
			Transplant de rinichi	180 360
			Transplant de cornee	23 945

4) Asistența medicală procurată după metoda per ședință:

Denumire	Numărul de ședințe	Tarif (lei)	Suma (lei)
Ședință de hemodializă	2 057	1 995	4 103 715,00
Total	2 057	X	4 103 715,00

5) Suma alocată pentru secția de internare pentru persoanele asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate, constituie **3 111 000 MDL**.

6) Suma de **15 413 830 MDL** este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale.

7) Suma totală alocată pentru asistența medicală spitalicească constituie **371 586 430 MD 42 bani**.

3. Prezentul acord intră în vigoare de la 01 ianuarie 2019 și este valabil pe perioada de acțiune a contractului.

Compania



Tamara Andrușca

Prestatorul



Anatol Ciubotaru