

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 2024

I. PĂRȚILE CONTRACTANTE

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **CNAM**), reprezentată de către **dl Ion Dodon, director general**, care acționează în baza **Statutului**, și **Prestatorul de servicii medicale** (în continuare – **Prestator**) **Instituția Medico-Sanitară Publică „Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”**”, reprezentată de către **dl Andrei Uncuța, director**, 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:

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

2.1. Obiectul Contractului 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 Contract.

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de **782 569 947 MDL 71 bani** (șapte sute optzeci și două milioane cinci sute șaiszeci și nouă mii nouă sute patruzeci și șapte MDL 71 bani). Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele nr.1-4 la Contract.

III. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

3.1. Prestatorul se obligă:

1) să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și în Contract, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a serviciilor medicale conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protocoalelor clinice naționale;

2) să asigure respectarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

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

4) să asigure prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.106/2022 cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie;

5) să elibereze pacienților, în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic;

6) să verifice și să stabilească identitatea pacientului conform actului de identitate la acordarea asistenței medicale/la momentul internării în cazul spitalizării, precum și statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a CNAM;

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

8) să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând cele mai eficiente costuri și forme de diagnostic și tratament;

9) să asigure existența în stoc a medicamentelor, a altor produse farmaceutice și parafarmaceutice și a consumabilelor necesare pentru prestarea serviciilor medicale prevăzute în Programul unic și în Contract;

10) 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 în Contract;

11) să nu încaseze de la persoanele asigurate sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și conform condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;

12) să nu determine persoana asigurată să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

13) să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor Registrul sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat și broșat;

14) să planifice și să execute proporțional, pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale stabilite la pct.6.2. din Contract, volumul și spectrul de servicii medicale, în limita sumei contractate;

15) să elaboreze, să aprobe, să coordoneze cu Fondatorul/Persoana responsabilă a Fondatorului, după caz, cu Consiliul administrativ al Prestatorului și să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, pentru fiecare tip de asistență medicală contractat, precum și modificările la acesta, în cazul încheierii acordurilor adiționale și modificărilor interne, în conformitate cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;

16) să elaboreze, să aprobe și să prezinte CNAM darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în termenele și modul stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală, precum și alte informații aferente gestionării resurselor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, la solicitarea CNAM;

17) să prezinte CNAM, prin intermediul Sistemului informațional automatizat de creare și circulație a facturilor fiscale electronice „e-Factura”, până la data de 25 a lunii imediat următoare perioadei de raportare, factura fiscală electronică pentru serviciile medicale prestate, emisă în baza raportului privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică prezentat de către CNAM, și/sau alte documente justificative după modelul solicitat de CNAM, conform clauzelor contractuale și prevederilor actelor normative;

18) să țină evidența și să completeze corect și la timp, pe suport de hârtie sau în format electronic, registrele persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând CNAM lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG (CASE-MIX)”, datele la nivel de pacient reflectate în fișa medicală a bolnavului de staționar, conform prevederilor actelor normative;

20) să prezinte CNAM lunar, până la data de 10 a lunii ce succede luna de gestiune, Darea de seamă privind cazurile de prejudiciere a sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

21) să prezinte informațiile/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, precum și a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în

limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relațiilor contractuale curente și precedente;

22) să prezinte, la solicitarea în scris a CNAM, documentele primare, registrele și alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenței medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind veniturile și cheltuielile din alte surse, pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

23) să comunice CNAM, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la adoptarea deciziei, despre inițierea procesului de insolabilitate, reorganizare, suspendare a activității sau lichidare a Prestatorului;

24) să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

25) să utilizeze sistemele informaționale ale Ministerului Sănătății și CNAM pentru executarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală și a Contractului;

26) să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile fiscale electronice și dările de seamă prezentate CNAM;

27) să acopere, din contul mijloacelor financiare obținute conform Contractului, doar cheltuielile necesare pentru realizarea Programului unic, respectând principiile de eficiență, eficacitate și economicitate;

28) să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu cadrul normativ;

29) să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în Programul unic și Normele metodologice de aplicare a acestuia.

3.2. CNAM se obligă:

1) să prezinte Prestatorului, până la data de 20 a lunii următoare perioadei de facturare, rapoartele privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică, cu datele aferente serviciilor medicale prestate și eligibile de a fi facturate, calculate în baza dărilor de seamă/datelor raportate de către Prestator în sistemele informaționale ale CNAM, conform modelului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM, pentru emiterea facturilor fiscale electronice;

2) să transfere Prestatorului mijloacele financiare în conformitate cu facturile fiscale electronice prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul și în limitele Contractului;

3) să monitorizeze și să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului și cu actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor contractate, conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM;

4) să comunice, prin intermediul paginii web oficiale a CNAM/circulare, Lista de denumiri comune internaționale de medicamente compensate și Lista de denumiri de dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

5) să publice pe pagina web oficială a CNAM lista prestatorilor de servicii medicale ce vor presta servicii medicale persoanelor neasigurate în cazul maladiilor social-condiționate și stărilor de urgență, cu impact major asupra sănătății publice;

6) să informeze Prestatorul lunar, până la data de 25 a lunii următoare celei de raportare, despre volumul medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate prescrise, eliberate de către farmacii, precum și despre sumele financiare valorificate în luna precedentă;

7) să acorde suport metodologic Prestatorului în aplicarea cadrului normativ privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

IV. COSTUL SERVICIILOR, TERMENUL ȘI MODUL DE ACHITARE

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

4.2. CNAM achită Prestatorului, lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei și volumelor prevăzute în Contract pentru fiecare tip de serviciu, și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturilor fiscale electronice aferente perioadei pentru care se achită, cu condiția că Prestatorul a prezentat toate facturile fiscale electronice pentru perioadele anterioare. În cazul prezentării facturii fiscale electronice după termenul stabilit în Contract din motive imputabile Prestatorului, se extinde termenul de achitare a serviciilor incluse în factura fiscală electronică cu o lună.

4.3. Pentru tipurile de servicii medicale contractate pentru care în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 80% din suma aferentă acestor servicii planificată pentru luna respectivă. CNAM poate diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia în următoarele cazuri:

1) neprezentarea, din motive imputabile Prestatorului, a dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice pentru serviciile medicale prestate. Prezentarea dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice eronate, cu respingerea ulterioară de către CNAM, echivalează cu neprezentarea acestora;

2) neexecutarea volumelor contractuale, care poate influența înregistrarea creanțelor CNAM față de Prestator la sfârșitul perioadei de gestiune;

3) notificarea intenției de rezoluțiune a Contractului de către una din Părți.

4.4. În cazul înregistrării creanțelor CNAM față de Prestator pentru un anumit tip de asistență medicală, inclusiv a creanțelor aferente sumelor prejudiciate, suma acestora va fi reținută din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență medicală. În cazul imposibilității reținerii sumei creanțelor din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență medicală, Prestatorul va fi notificat despre necesitatea restituirii benevole a acesteia la contul CNAM în decurs de 30 de zile din soldul disponibil la tipul de asistență medicală respectiv și/sau din alte surse decât cele primite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în caz contrar suma urmează a fi reținută de către CNAM din contul transferurilor pentru alt tip de asistență medicală.

4.5. Suma și volumul serviciilor medicale stabilite în Contract pot fi revizuite prin acorduri adiționale în partea majorării sau diminuării, în funcție de activitatea Prestatorului, în limitele mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

4.6. Descrierea detaliată a modalității de achitare și facturare a serviciilor medicale se conține în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

V. RESPONSABILITATEA PĂRȚILOR

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate CNAM prin:

1) prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a dărilor de seamă, cu includerea 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 și Normele metodologice de aplicare a acestuia, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, a achitării investigațiilor și a efectuării altor plăți nelegitime. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului raportat;

2) prescrierea neregulamentară și/sau neargumentată a rețetelor pentru medicamente și dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Mărimea prejudiciului constituie suma compensată de CNAM pentru medicamentele/dispozitivele medicale compensate;

3) eliberarea neargumentată, cu încălcarea Programului unic și a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță, inclusiv a celor generate prin intermediul Sistemului informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului medical prescris;

4) înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din cadrul Prestatorului ce acordă asistență medicală primară. Mărimea prejudiciului constituie tariful per capita pentru fiecare caz constatat;

5) 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, achitate suplimentar costului cazului tratat. Mărimea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinație specială, consumabilelor și dispozitivelor medicale;

6) nerespectarea Standardelor codificării diagnosticilor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). Mărimea prejudiciului constituie diferența de cost al cazurilor de până la și după auditul codificării;

7) dezafectarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele stabilite conform actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contractului. Mărimea prejudiciului constituie suma dezafectată.

5.2. În cazul confirmării prin raport de evaluare, întocmit de structurile abilitate ale CNAM, a cazurilor menționate la pct.5.1:

1) în contextul relațiilor contractuale precedente, sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

2) în contextul relațiilor contractuale curente:

a) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.1), 4), 5) și 6), Prestatorul, în termen de 5 zile lucrătoare de la recepționarea raportului de evaluare, va opera modificări în dările de seamă și/sau datele raportate în sistemele informaționale ale CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

b) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.2) și 3), sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

c) pentru cazul prevăzut la pct.5.1 subpct.7), Prestatorul va restabili sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, la conturile bancare/trezoreriale utilizate pentru gestionarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, din alte surse decât cele primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, cu operarea modificărilor în dările de seamă semestriale/anuale prezentate CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM în scopul reținerii sumelor respective de către CNAM din contul transferurilor ulterioare.

5.3. Pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.1–6, CNAM aplică Prestatorului o penalitate în mărime de 10% din suma prejudiciată, iar pentru cazul prevăzut la pct.5.1 subpct.7), penalitatea constituie 0,1% din suma prejudiciată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în alte scopuri decât cele stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contract.

5.4. Prestatorul este obligat să restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului, în caz contrar CNAM va restitui persoanei asigurate, în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative, cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, prin reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit și pe fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatori prin conturi

bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistență medicală la altul se permite cu condiția restituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune, sumele nerestituite se consideră dezafectate.

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

VI. PROCEDURA DE ÎNCHEIERE A CONTRACTULUI ȘI TERMENUL DE VALABILITATE

6.1. Procedura de contractare a Prestatorului se desfășoară în conformitate cu prevederile Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

6.2. Contractul este valabil de la 01 ianuarie 2025 până la 31 decembrie 2025 cu stabilirea perioadei de acordare a asistenței medicale de la 01 ianuarie 2025 până la 31 decembrie 2025.

VII. MODIFICAREA ȘI REZOLUȚIUNEA CONTRACTULUI

7.1. În cazul în care vor surveni modificări ale tarifelor la serviciile medicale pe parcursul perioadei de gestiune, Părțile modifică volumul acestor servicii în limitele sumei contractuale.

7.2. Contractul poate fi rezolvit de către Părțile contractante pentru neonorarea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de rezoluțiune cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește rezoluțiunea.

7.3. Contractul poate fi rezolvit din inițiativa CNAM, printr-o notificare, în următoarele cazuri:

1) încălcarea esențială de către Prestator a obligațiilor sale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală;

2) Prestatorul nu începe activitatea în termen de 7 zile de la data semnării Contractului, în cazul executării de către CNAM a obligațiilor sale stipulate în Contract;

3) inițierea procesului de insolabilitate, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum și a autorizației sanitare de funcționare;

4) întreruperea, din motive imputabile Prestatorului, a activității pe o perioadă mai mare de 30 de zile;

5) refuzul Prestatorului de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale CNAM, 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 CNAM, a documentelor medicale și administrative, precum și îngrădirea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM;

6) constatarea încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și nerespectarea condițiilor acordării asistenței medicale stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic, determinarea persoanei asigurate să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau determinarea acesteia să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

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 de la data intrării în vigoare a modificărilor, să modifice Contractul prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul punct va servi drept temei pentru rezoluțiunea automată a Contractului.

VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEEXECUTAREA OBLIGAȚIILOR CONTRACTUALE

8.1. În cazul intervenirii unui impediment în afara controlului Părților care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale, Partea care îl invocă este exonerată de răspundere, în baza Contractului, dacă a notificat celeilalte Părți intervenirea impedimentului și efectele acestuia în termen de 5 zile lucrătoare de la data când a cunoscut sau trebuia să cunoască aceste circumstanțe, cu prezentarea unui aviz de atestare, emis conform cadrului normativ, prin care se certifică realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea impedimentului.

8.2. Neexecutarea obligațiilor contractuale este justificată doar pe durata existenței impedimentului.

8.3. Dacă una din Părți nu a notificat celeilalte Părți în termenul prevăzut în pct.8.1 intervenirea impedimentului, aceasta suportă toate daunele provocate celeilalte Părți.

8.4. În cazul în care impedimentul se extinde pe o perioadă care depășește 3 luni, fiecare Parte poate cere rezoluțiunea Contractului.

IX. CORESPONDENȚA

9.1. Corespondența ce ține de derularea Contractului se efectuează în scris prin poștă, curier sau în format electronic la adresele de corespondență menționate în datele de identificare ale Părților.

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

X. ALTE CONDIȚII

10.1. Contractul este întocmit în două exemplare, a câte 14 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.

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

10.3. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă țin de competența instanțelor judecătorești.

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

10.5. CNAM poate delega unele drepturi și obligații ce reies din Contract agențiilor sale teritoriale (ramurale).

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

CNAM

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

CNAM

Ion Dodon

L.Ș.

Prestatorul

Andrei Uncuța

L.Ș.

Asistența medicală specializată de ambulator

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

1)

Nr. d/o	Profil	Suma (lei)
AMSP		
1)	Buget global	
1	BG AMSP	16 541 414.00

2) Asistența medicală procurată după metoda per ședință:

Nr. d/o	Profil	Tarif (lei)	Suma (lei)
AMSP			
1	Per caz tratat îndeplinirea cazurilor tratate		
Servicii de dializă	Ședință de hemodializă (HD)	1995	1 257 000.00
	Ședință de hemodiafiltrare (HDF)	2195	
TOTAL:		x	1 257 000.00

3) Suma totală alocată pentru asistența medicală specializată de ambulator constituie **17 798 414 MDL.**

Asistența medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală spitalicească:

1)

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	Tarif	ICM	Suma
Program general	Per caz	27.813	8.189	2,0135	458.596.082,87
Chirurgie de zi	Per caz	2.600	8.189	1,6343	34.796.535,02
Reabilitare cardiologică	Per caz	180	9.600		1.728.000,00
Reabilitare neurologică	Per caz	260	13.230		3.439.800,00
Program special „Tratament operator pentru cataracta”	Per caz	2.500	4.319	2,6621	28.744.024,75
Program special „Cardiochirurgie”	Per caz	610	8.189	11,5688	57.789.510,95
Program special „Protezări vasculare”	Per caz	500	8.189	7,0723	28.957.532,35
Program special „Chirurgie endovasculară”	Per caz	700	8.189	5,7628	33.034.098,44
Program special „Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale”	Per caz	190	8.189	4,4855	6.979.034,31
Program special „Cardiologie intervențională congenitală”	Per caz	35	8.189	2,0878	598.394,80
Program special „Neuroradiologie intervențională”	Per caz	20	8.189	5,8351	955.672,68
Program special „Implant cohlear ”	Per caz	40	8.189	7,1215	2.332.718,54
Transplant de ficat	Per caz	3	1.161.849		3.485.547,00
Transplant de rinichi	Per caz	3	265.387		796.161,00
Transplant de cornee fără costul corneii	Per caz	15	22.910		343.650,00
Transplant de membrană amniotică pe suprafața oculară, fără costul grefei din amnion	Per caz	15	18.650		279.750,00
Prelevare de ficat donator viu	Per caz	3	219.136		657.408,00
Prelevare de rinichi donator viu	Per caz	2	41.099		82.198,00
Ședință hemodializă AMS	Per ședință	1.100	1.995		2.194.500,00
Ședință hemodiafiltrare AMS	Per ședință	1.600	1.995		3.192.000,00
UPU tip B	Buget global				4.682.793,00
Salarizare rezidenți	Plata retrospectivă				42.446.831,00
TOTAL					716.112.242,71

2) Lista consumabilelor costisitoare:

Denumirea consumabilelor costisitoare:	Suma
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	
Sistem de implant cohlear	
Procesor vocal	
Sistem implant pentru urechea medie	
Sistem implant cu transmitere osoasă	
Microcateter	
Set stentgraft aorta abdominală EVAR	
Dispozitiv de închidere defect septal (DAS)	
Dispozitiv de închidere canal arterial persistent (CAP)	
Balon masurare defect septal	
Sistem de livrare a dispozitivului DSA/CAP	
Stent de coartație de aortă	
Stent pentru stenoze de aortă, artere pulmonare, coronare, periferice etc.	
Dispozitiv pentru închiderea defectului septal ventricular (DVS)	
Stentgraft	
Balon pentru măsurarea presiunii intraclavare	
Balon pentru valvuloplastie	
Arc ghid	
Ghid	
Cateter	
Set introductor pentru puncție	
Set steril getabil	
Set inflator cu manometru	
Introduser	
Spirale (coiluri)	
Teaca	
electrod pentru stimulare temporara	
Sistem de ocluzie	
<i>Procedura de hemodiafiltrare continuă : cartuş filtru, kit</i>	
TOTAL	31 655 317,00

3) Medicamente costisitoare:

Denumire diagnostic/medicament	Suma
Maladii solicitate: Trmboza de proteaze vasculare și /sau stenturi,TEAP,IMA,AVC tip ischemic, tromboze venoase profunde,tromboze arteriale acute periferice. <i>DCI Alteplasm</i>	
Total	275.600,00

4) Suma totală alocată pentru asistența medicală spitalicească constituie **748 043 159 MDL 71 bani.**

Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

1)

Nr. d/o PU	Denumirea serviciului	Cod serviciu	Tarif	Suma
	Program Laborator			
4	Determinarea complexelor imune circulante	1682	140	
5	Determinarea anticorpilor anti-CCP prin metoda ELISA	1698.3	200	
14	Determinarea anti-ds ADN, anti-ss ADN, ELISA	1734	123	
15	Determinarea anticorpilor antinucleari (ANA), ELISA	1735	134	
20	Determinarea anticorpilor anticardiolipinici IgG prin metoda Elisa	1760.1	131	
21	Determinarea anticorpilor anticardiolipinici IgM prin metoda Elisa	1760.2	131	
22	Determinarea anticorpilor anti-citoplasmatici (ANCA), ELISA	1763	114	
23	Determinarea anticorpilor anti-PR3 (cANCA)	1763.1	114	
24	Determinarea anticorpilor anti-SS A(Ro)	1763.2	133	
25	Determinarea anticorpilor anti-SS B(La)	1763.3	133	
26	Determinarea anticorpilor anti-RNP/Sm	1763.4	133	
27	Determinarea anticorpilor anti-Centromeri B	1763.5	138	
47	Determinarea anticorpilor antimitohondriali AMA-2 prin metoda Elisa	1824	118	
48	Determinarea anticorpilor microsomiali antifosfolipidelor (Anti LC) prin metoda Elisa	1825	323	
53	Determinarea anticorpilor antifosfolipidelor IgM prin metoda Elisa	1841.12	131	
54	Determinarea anticorpilor antifosfolipidelor IgG prin metoda Elisa	1841.13	131	
58	Determinarea anti-SLA (anticorpi antigen solubil hepatic) prin metoda Elisa	1841.20	122	
59	Determinarea anti-LC (anticorpi anticitoli hepatic) prin metoda Elisa	1841.21	204	
61	Determinarea anticorpilor SCL-70 prin metoda ELISA	1841.31	133	
64	Determinarea C-Peptid	1841.99	149	
65	Determinarea calcitoninei	1841100	138	
68	Determinarea Intact PTH	1841106	149	
	Suma totala alocata pentru Program LABORATOR			548.640,00
	Program Anatomopatologice și citopatologice			
156	Investigația imunohistochimică suplimentară cu un anticorp în procese nontumorale și tumorale	2121	711	
	Suma totala alocata pentru Program anatomopatologice și citopatologice			2.541.825,00
	Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie			3.090.465,00

2)

Nr d/o PU	Denumire serviciu	Cod SIP	Număr servicii	Tarif	Suma
	Program Imagistica				
180	Ecografia hepatobiliară (2D) + Doppler	1050.11	867	341	295.647,00
182	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.14	768	228	175.104,00
183	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.17	661	228	150.708,00
184	Ecografia sistemului urinar (2D) + Doppler	1050.20	473	342	161.766,00
188	Ecografia vezicii urinare cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.29	6	264	1.584,00
190	Examenul ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.32	335	295	98.825,00
194	Examenul ecografic al prostatei (transrectal) sonda biplan cu 2 D scară gri + Doppler (urologie)	1050.38	361	252	90.972,00
216	Ecografia zonei hepato-pancreato-lienalis + Doppler sistemului portal	1066.3	150	439	65.850,00
217	Ultrasonografia vaselor magistrale cervico-cerebrale (extra-intracraniene)	1066.4	180	431	77.580,00
218	Ultrasonografia vaselor magistrale ale membrelor superioare	1066.5	12	431	5.172,00
219	Ultrasonografia arterelor membrelor inferioare	1066.6	250	431	107.750,00
220	Ultrasonografia venelor membrelor inferioare	1066.7	200	431	86.200,00
232	Litotritia extracorporeală cu unde de șoc	1327.1	781	2.339	1.826.759,00
	Suma totală alocată pentru program Imagistica		5.044		3.143.917,00
	Program Ecocardiografie				
237	Ecocardiografia (M, 2D, Doppler, Doppler Color)	1083	2.142	333	713.286,00
	Suma totală alocată pentru program Ecocardiografie		2.142		713.286,00
	Program Medicina nucleara				
415	Scintigrafia perfuziei pulmonare la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1332	9	1.106	9.954,00
417	Scintigrafia perfuziei pulmonare + regim SPECT/CT la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1334.1	7	2.364	16.548,00
418	Scintigrafia sistemului osteoarticular în regim WHOLE BODY (corp integru) + regim SPECT/CT la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1354.1	7	2.643	18.501,00
419	Scintigrafia paratiroidiană + regim SPECT/CT la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1305.1	60	3.756	225.360,00
421	Scintigrafia glandei tiroide cu test captare la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1330	24	960	23.040,00
428	Scintigrafia renală în studiu dinamic la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1342	98	1.136	111.328,00
432	Scintigrafia sistemului osteoarticular în regim WHOLE BODY (corp integru) la aparatul Gamma Camera SPECT/CT	1352	1.143	2.234	2.553.462,00
436	Tomografia cu emisie de pozitroni – tomografia computerizată (PET-CT), cu administrarea radiotrazorului FDG F-18	1359.3	104	21.216	2.206.464,00
	Suma totală alocată pentru program Medicina nucleara		1.452		5.164.657,00

	Program Endoscopie				
439	Testul ureazic rapid pentru determinarea Helicobacter Pylori	1534	106	134	14.204,00
444	Videobronhoscopia diagnostică	2289.1	69	754	52.026,00
446	Videolaringoscopia diagnostică	2289.3	117	617	72.189,00
448	Videobronhoscopie cu brosaj și biopsie	2290.2	10	872	8.720,00
449	Rectoscopia diagnostică	2299	127	393	49.911,00
453	Videoendoscopie digestivă superioară	2338.23	348	488	169.824,00
454	Videoendoscopia digestivă superioară, cu biopsie	2338.25	250	733	183.250,00
	Suma totală alocată pentru program Endoscopie		1.027		550.124,00
	Program Colonoscopie				
455	Videoendoscopia digestivă inferioară	2338.26	69	827	57.063,00
456	Videoendoscopia digestivă inferioară, cu biopsie	2338.27	39	1.020	39.780,00
	Suma totală alocată pentru program Colonoscopie		108		96.843,00
	Program Oftalmologie				
470	Biometria AB-scan (un ochi)	757.4	1.350	221	298.350,00
470.1	Biometria AB-scan (ambii ochi)	757.4.1	150	311	46.650,00
471	Ecografia AB-scan (un ochi)	757.5	1.000	302	302.000,00
471.1	Ecografia AB-scan (ambii ochi)	757.5.1	700	441	308.700,00
472	Tomografia în coerență optică a discului nervului optic (un ochi)	757.13	290	437	126.730,00
472.1	Tomografia în coerență optică a discului nervului optic (ambii ochi)	757.13.1	1.400	644	901.600,00
473	Tomografia în coerență optică a maculei (un ochi)	757.14	500	437	218.500,00
473.1	Tomografia în coerență optică a maculei (ambii ochi)	757.14.1	2.500	644	1.610.000,00
	Suma totală alocată pentru program Oftalmologie		7.890		3.812.530,00
	Program Profil general				
481	Rinomanometria	659.1	310	159	49.290,00
	Suma totală alocată pentru program Profil general		310		49.290,00
	Program Anestezie				
484	Durata de 0,5 ore, cu respirație spontană	3656.1	194	273	52.962,00
485	Durata de 1,0 ore, cu respirație spontană	3658.3	150	362	54.300,00
	Suma totală alocată pentru program Anestezie		344		107.262,00
Suma totală alocată pentru serviciile medicale de înaltă performanță constituie			19.126		13.637.909,00

3) Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie **16 728 374 MDL.**

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 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 2025 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.

2. Prestatorul, în vederea realizării obligațiilor contractuale va utiliza obligatoriu Sistemul informațional automatizat „Asistența Medicală Primară” (SI AMP), precum și alte sisteme informaționale relevante.

3. Prestatorul de servicii medicale este obligat să respecte orarul de prestare a serviciilor medicale programate și să nu tergiverseze/ amâne prestarea acestora.

4. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere pentru serviciile medicale paraclinice prestate de alți prestatori, efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, precum și evidența biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și pentru serviciile medicale de înaltă performanță.

5. Prestatorul de servicii medicale de asistență medicală specializată de ambulator va planifica și executa servicii paraclinice.

6. Prestatorul este obligat să comunice Companiei în decurs de 5 zile lucrătoare despre imposibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță contractate (inclusiv din cauza defectării aparatului medical).

7. Prescriptorii de servicii medicale de înaltă performanță sunt responsabili de eliberarea biletului de trimitere și se obligă să informeze pacientul privind cele 3 modalități de programare:

- a) individual, prin accesarea adresei web <https://sirsm.cnam.gov.md>, sau
- b) prin intermediul Centrului de apel al CNAM;
- c) cu ajutorul medicului în cazul în care Pacientul nu utilizează computerul.

8. La realizarea cazurilor programate în cadrul programelor speciale „Protezarea aparatului locomotor” și/sau „Tratament operator pentru cataractă”, Prestatorul va respecta prevederile Ordinilor comune ale ministrului sănătății și directorului general al CNAM nr. 988/297-A /2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale” și nr.1004/670-A/ 2016 „Cu privire la aprobarea listei programelor de activitate spitalicească, Lista intervențiilor chirurgicale repartizate pe programe speciale, Listei consumabilelor costisitoare achitate suplimentar plății per „caz tratat” în cadrul programelor speciale în sistemul DRG”. Cazurile internate de urgență vor fi atribuite la „Program general”.

9. Instituția medicală va asigura evidența contabilă conformă a veniturilor și cheltuielilor pe tipuri de asistență și servicii medicale.