Aprobat
prin Hotărârea Guvernului
nr.770 din 9 noiembrie 2022

CONTRACT
de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală
nr. 05-08/2

mun.Chişinău **"29" decembrie 2023**

I. PĂRŢILE CONTRACTANTE

Compania Naţională de Asigurări în Medicină (în continuare – **CNAM**), reprezentată de către **dl Ion Dodon, director general**, care acţionează în baza **Statutului**, şi Prestatorul de servicii medicale (în continuare – **Prestator**) **Instituţia Medico-Sanitară Publică „Institutul Mamei şi Copilului"**, reprezentată de către **dl Sergiu Gladun, director,** care acţionează în baza **Regulamentului**, au încheiat Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală (în continuare – Contract), convenind asupra următoarelor:

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

2.1. Obiectul Contractului îl constituie acordarea asistenţei medicale de către Prestator, în volumul şi de calitatea prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală (în continuare – Program unic), Normele metodologice de aplicare a acestuia şi de Contract.

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de **586 802 941 MDL 75 bani** (cinci sute optzeci şi şase milioane opt sute două mii nouă sute patruzeci şi unu MDL 75 bani). Volumul şi condiţiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistenţă medicală sunt specificate în anexele nr.1-5 la Contract.

III. OBLIGAŢIILE PĂRŢILOR

3.1. Prestatorul se obligă:

1) să acorde persoanelor asistenţă medicală calificată şi de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic şi în Contract, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alţi prestatori care activează în conformitate cu legislaţia, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a serviciilor medicale conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic şi cerinţelor Protocoalelor clinice naţionale;

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

3) să asigure confidenţialitatea informaţiei cu privire la starea sănătăţii persoanei, cu excepţia cazurilor prevăzute de lege;

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

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

6) să verifice şi să stabilească identitatea pacientului conform actului de identitate la acordarea asistenţei medicale/la momentul internării în cazul spitalizării, precum şi statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a CNAM. În cazul modificării în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală a statutului pacientului pe parcursul spitalizării, Prestatorul va externa pacientul conform statutului stabilit la momentul internării;

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

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

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

10) să informeze persoanele despre drepturile pe care le au, inclusiv despre volumul, modul şi condiţiile de acordare a serviciilor medicale prevăzute în Programul unic şi în Contract;

11) să nu încaseze de la persoanele asigurate sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului şi conform condiţiilor 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 asistenţă medicală;

13) să ţină la un loc vizibil şi accesibil persoanelor Registrul sesizărilor, propunerilor şi reclamaţiilor persoanelor asigurate, numerotat şi broşat;

14) să planifice şi să execute proporţional, pe parcursul perioadei de acordare a asistenţei medicale stabilite la pct.6.2. din Contract, volumul şi 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 şi să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data semnării Contractului, devizul de venituri şi cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală, pentru fiecare tip de asistenţă medicală contractat, precum şi modificările la acesta, în cazul încheierii acordurilor adiţionale şi modificărilor interne, în conformitate cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;

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

17) să prezinte CNAM, prin intermediul Sistemului informaţional automatizat de creare şi circulaţie 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, şi/sau alte documente justificative după modelul solicitat de CNAM, conform clauzelor contractuale şi prevederilor actelor normative;

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

19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informaţional „Evidenţa şi raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG (CASE-MIX)", datele la nivel de pacient reflectate în fişa medicală a bolnavului de staţionar, 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 sănătăţii persoanei asigurate de către persoanele fizice şi juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi directorului general al CNAM;

21) să prezinte informaţiile/documentele şi să creeze condiţiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării şi monitorizării din partea CNAM a volumului şi modului de acordare a asistenţei medicale, precum şi a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, în limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relaţiilor contractuale curente şi precedente;

22) să prezinte, la solicitarea în scris a CNAM, documentele primare, registrele şi alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenţei medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală şi informaţia privind veniturile şi cheltuielile din alte surse, pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporţionale 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 insolvabilitate, 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 asistența 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 obligatori 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

condiţia 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 asistenţă medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăţi 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 influenţa înregistrarea creanţelor CNAM faţă de Prestator la sfârşitul perioadei de gestiune;

3) notificarea intenţiei de rezoluţiune a Contractului de către una din Părţi.

4.4. În cazul înregistrării creanţelor CNAM faţă de Prestator pentru un anumit tip de asistenţă medicală, inclusiv a creanţelor aferente sumelor prejudiciate, suma acestora va fi reţinută din contul transferurilor ulterioare pentru acelaşi tip de asistenţă medicală. În cazul imposibilităţii reţinerii sumei creanţelor din contul transferurilor ulterioare pentru acelaşi tip de asistenţă 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 asistenţă medicală respectiv şi/sau din alte surse decât cele primite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, în caz contrar suma urmează a fi reţinută de către CNAM din contul transferurilor pentru alt tip de asistenţă medicală.

4.5. Suma şi volumul serviciilor medicale stabilite în Contract pot fi revizuite prin acorduri adiţionale în partea majorării sau diminuării, în funcţie de activitatea Prestatorului, în limitele mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

4.6. Descrierea detaliată a modalităţii de achitare şi facturare a serviciilor medicale se conţine în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

V. RESPONSABILITATEA PĂRŢILOR

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 asistenţă medicală, în conformitate cu Programul unic şi Normele metodologice de aplicare a acestuia, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie şi cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calităţii şi calificării, inclusiv condiţionarea procurării de către pacient a medicamentelor, a achitării investigaţiilor şi a efectuării altor plăţi nelegitime. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului raportat;

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

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

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

5) neasigurarea veridicităţii informaţiei introduse în darea de seamă privind numărul şi lista nominală a pacienţilor beneficiari, cantitatea de medicamente utilizată, inclusiv medicamente cu destinaţie specială, consumabile şi dispozitive medicale, achitate suplimentar costului cazului

tratat. Mărimea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinaţie specială, consumabilelor şi dispozitivelor medicale;

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

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

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

1) în contextul relaţiilor contractuale precedente, sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidenţa contabilă conform pretenţiei emise de CNAM, în scopul reţinerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

2) în contextul relaţiilor contractuale curente:

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

b) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.2) şi 3), sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidenţa contabilă conform pretenţiei emise de CNAM, în scopul reţinerii 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 asistenţă medicală, din alte surse decât cele primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, cu operarea modificărilor în dările de seamă semestriale/anuale prezentate CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate vor fi reflectate în evidenţa contabilă conform pretenţiei emise de CNAM în scopul reţinerii 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 asistenţă medicală în alte scopuri decât cele stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală şi 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 reţinerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. Gestionarea veniturilor şi cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit şi pe fiecare tip de asistenţă medicală contractat, se va efectua de către prestatori prin conturi bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistenţă medicală la altul se permite cu condiţia restituirii mijloacelor financiare până la sfârşitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârşitul 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 ŞI TERMENUL DE VALABILITATE

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

6.2. Contractul este valabil de la 01 ianuarie 2024 pînă la 31 decembrie 2024 cu stabilirea perioadei de acordare a asistenţei medicale de la 01 ianuarie 2024 pînă la 31 decembrie 2024.

VII. MODIFICAREA ŞI REZOLUŢIUNEA CONTRACTULUI

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

7.2. Contractul poate fi rezolvit de către Părţile contractante pentru neonorarea obligaţiilor contractuale, cu condiţia notificării intenţiei de rezoluţiune cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte rezoluţiunea.

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

1) încălcarea esenţială de către Prestator a obligaţiilor sale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

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

3) iniţierea procesului de insolvabilitate, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum şi a autorizaţiei sanitare de funcţionare;

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

5) refuzul Prestatorului de a pune la dispoziţia structurilor abilitate cu dreptul de evaluare şi monitorizare ale CNAM, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de CNAM, a documentelor medicale şi administrative, precum şi îngrădirea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării şi monitorizării din partea CNAM;

6) constatarea încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului şi nerespectarea condiţiilor acordării asistenţei 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 asistenţă medicală.

7.4. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislaţiei ce reglementează sistemul ocrotirii sănătăţii, modul de acordare a asistenţei medicale sau condiţiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, Părţile contractante se obligă, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a modificărilor, să modifice Contractul prin acorduri adiţionale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiţionale în termenul stabilit în prezentul punct va servi drept temei pentru rezoluţiunea automată a Contractului.

VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEXECUTAREA OBLIGAŢIILOR CONTRACTUALE

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

8.2. Neexecutarea obligaţiilor contractuale este justificată doar pe durata existenţei impedimentului.

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

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

IX. CORESPONDENŢA

9.1. Corespondenţa ce ţine de derularea Contractului se efectuează în scris prin poştă, curier sau în format electronic la adresele de corespondenţă menţionate în datele de identificare ale Părţilor.

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 Părţi contractante schimbarea survenită.

X. ALTE CONDIŢII

10.1. Contractul este întocmit în două exemplare, a câte 13 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeaşi putere juridică.

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

10.3. Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă ţin de competenţa instanţelor judecătoreşti.

10.4. Părţile contractante convin asupra faptului că orice obiecţie asupra executării Contractului va fi expediată în formă scrisă şi Părţile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile de la data recepţionării pretenţiei.

10.5. CNAM poate delega unele drepturi şi obligaţii ce reies din Contract agenţiilor sale teritoriale (ramurale).

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Adresele juridice şi rechizitele bancare ale Părţilor

CNAM	**Prestatorul**
Compania Naţională de Asigurări în Medicină mun. Chişinău, str. Vlaicu Pârcălab nr.46 cod fiscal 1007601007778	IMSP „Institutul Mamei şi Copilului” mun. Chişinău, str. Burebista nr.93 IDNO 1003600151643

Semnăturile părţilor

CNAM	**Prestatorul**
Ion Dodon	**Sergiu Gladun**
L.Ş.	L.Ş.

Anexa nr. 1
la Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-08/2
din 29 decembrie 2023

Asistența medicală specializată de ambulator

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

1)

Nr. d/o	Profil	Tarif	Numărul de servicii	Suma
AMSP				
1)	**Buget global**			
1	BG AMSP	x	x	25 331 653,00
2	BG AMSP pentru servicii de intervenție timpurie			1 600 000,00
2)	**Per ședință de dializă**			
1	Servicii de hemodializă	1995	748	1 492 260,00
TOTAL				**28 423 913,00**

2) Medicamente costisitoare:

Denumire diagnostic/medicament	Suma
Fibroză chistică: DCI: Dornaza alfa ;	4 236 869,00
Fibroză chistică: DCI: Tobramicinum	1 556 791,00
TOTAL	**5 793 660,00**

3) Suma totală alocată pentru asistența medicală specializată de ambulator constituie **34 217 573 MDL**

CNAM

L.Ș.

Prestatorul

L.Ș.

Anexa nr. **2**
la Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală nr. **05-08/2**
din **29 decembrie 2023**

Asistenţa medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistenţă medicală spitalicească:

1)

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	Tarif	ICM	Suma
Program general	Per caz	39 200	10 099	1.1953	473 196 320.24
Chirurgie de zi	Per caz	1 464	10 099	0.9126	13 492 732.59
Reabilitare pediatrică	Per caz	1 866	11 330		21 141 780.00
Program special „Corectia anatomica a coloanei vertebrale şi cutiei toracice la copii”	Per caz	20	10 099	11.0508	2 232 040.58
Program special „Implant cohlear ”	Per caz	12	10 099	7.1215	863 040.34
Şedinţă hemodializă AMS	Per şedinţă	100	1 995		199 500.00
Secţia de internare/DMU	Buget global				3 038 972.00
Salarizare rezidenţi	Plată retrospectivă				21 507 701.00
TOTAL					**535 672 086.75**

2) Lista consumabilelor costisitoare:

Denumire consumabil costisitor:	**Suma**
Sistem de implant cohlear	
Procesor vocal	
Total	**4 908 000.00**

3) Medicamente costisitoare:

Denumire diagnostic/medicament	Suma
Detresa respiratorie şi apneea la nou-născuţi: *DCI* *Poractantum alfa, Beractantum, Surfactantum, Caffeinum citrat.*	
Tratamentul maladiei „Miastenia Gravis” şi sindromului „Guillain-Barre”: *DCI Immunoglobulinum humanum*	
TOTAL	**5 167 508.00**

4) Suma totală alocată pentru asistenţă medicală spitalicească constituie **545 747 594 MDL 75 bani.**

CNAM

L.Ş.

Prestatorul

L.Ş.

Anexa nr.3
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr.**05-08/2**
din 29 **decembrie 2023**

Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 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			
46	Determinarea Vitaminei D prin metoda imunofluorescenței– ferment dependent	1818.3	156	
105	Determinarea pașaportului cromozomial din sângele venos	637.1	1 224	
106	Determinarea cariotipului din culturi amniotice fetale	639.1	2 327	
107	Colectarea lichidului amniotic	642.1	228	
108	Analiza aminoacizilor din fluidele umane	645.1	923	
110	Diagnosticul genetico-molecular după mutațiile la proband în MDD, FCU, FC, AMS și hemofilie B	652	751	
111	Diagnosticul molecular-genetic indirect la familia după polimorfism sau repetări (FCU, fibrozul chistic, MDD, amniotrofia spinală Verdnig-Hoftmann, boala Charcot-Marie-Tooth și hemofilia A)	653	264	
112	Determinarea consecutivității nucleotidelor în secvența de ADN (200-1000pb) după Sanger	656.2	2 536	
113	Analiza MLPA (Aneuploidii, MDD, Boala Wilson, Segawa Sd, Prader-Willi Sd și altele)	656.3	1 008	
	Suma totala alocata pentru Program Laborator			**138 005.00**
	Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie			**138 005.00**

2)

Nr d/o PU	Denumire serviciu	Cod SIP	Număr serviciu	Tarif	Suma
	Program Imagistica				
175	Examenul ecografic la 11-14 săptămâni gestație, morfologie fetală și screening pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor a gestantei (abdominal)	1027.4.1	95	275	26 125.00
176	Examenul ecografic la 11-14 săptămâni gestație, morfologie fetală și screening pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor a gestantei, sarcină multiplă (abdominal)	1028.4.1	2	302	604.00
177	Examenul ecografic al morfologiei fetale și anexelor fetale în trimestrul II de sarcină	1029.1.1	752	315	236 880.00
178	Examenul ecografic al morfologiei fetale și anexelor fetale în trimestrul II de sarcină, sarcină multiplă	1029.1.2	7	396	2 772.00
179	Examenul ecografic ginecologic transvaginal (2D) + Doppler	1050.26	1 000	295	295 000.00
184	Ecografia sistemului urinar (2D) + Doppler	1050.20	133	299	39 767.00
185	Examenul ecografic ginecologic transabdominal (2D) + Doppler	1050.23	19	262	4 978.00
190	Examenul ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.32	9	280	2 520.00
192	Examenul ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.35	16	223	3 568.00
215	Sonodopplerografia sistemului venos al fătului	1060	100	74	7 400.00
225	Sonodopplerografia uterină	1061	700	63	44 100.00
226	Sonodopplerografia cerebrală la făt	1062	395	63	24 885.00
227	Sonodopplerografia ombilicală	1063	2 410	37	89 170.00
	Suma totală alocată pentru program Imagistica		***5 638***		***777 769.00***
	Program Medicina nucleara				
420	Scintigrafia glandei tiroide cu test captare la aparatul Gamma Camera SPECT	1329	8	498	3 984.00
423	Scintigrafia perfuziei pulmonare la aparatul Gamma Camera SPECT	1331	30	729	21 870.00
427	Scintigrafia renală în studiu dinamic la aparatul Gamma Camera SPECT	1341	60	599	35 940.00
431	Scintigrafia sistemului osteoarticular în regim WHOLE BODY (corp integral) la aparatul Gamma Camera SPECT	1351	40	798	31 920.00
	Suma totală alocată pentru program Medicina nucleara		***138***		***93 714.00***
	Program Pacient copil				
161	Funcția ventilației pulmonare	1002.2	345	149	51 405.00
171	Electromiografia (EMG)	1017.5	90	161	14 490.00
174	Potențiale evocate motorii (PEM)	1017.8	12	203	2 436.00
213	Sonodopplerografia vaselor extracraniene și intracraniene (Doppler spectral)	1053	150	162	24 300.00

Nr d/o PU	Denumire serviciu	Cod SIP	Număr serviciu	Tarif	Suma
237	Ecocardiografia (M, 2D, Doppler, Doppler Color)	1083	1 500	303	454 500.00
267	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului la aparatul spiralat 64 Slices	1255.1	238	886	210 868.00
268	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.2	4	1 634	6 536.00
269	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.3	238	920	218 960.00
270	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.4	21	1 931	40 551.00
271	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.5	5	886	4 430.00
272	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.6	20	1 895	37 900.00
273	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.7	5	818	4 090.00
274	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.8	3	1 728	5 184.00
277	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor paranazale la aparatul spiralat 64 Slices	1255.11	26	851	22 126.00
281	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a vertebrelor unei regiuni (cervicală/toracală/lombară) la aparatul spiralat 64 Slices	1255.14	59	970	57 230.00
282	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a articulaţiilor mari/oaselor unei regiuni sau zone la aparatul spiralat 64 Slices	1255.15	10	835	8 350.00
439	Testul ureazic rapid pentru determinarea Helicobacter Pylori	1534	339	103	34 917.00
440	Videoendoscopia digestivă superioară (videoesofagogastroduodenoscopie) diagnostică	2278.1	1	422	422.00
454	Videoendoscopia digestivă superioară, cu biopsie	2338.25	339	533	180 687.00
482	Durata de 0,5 ore, categoria I	3655	23	239	5 497.00
483	Durata de 1,0 ore, categoria I	3657	4	1 058	4 232.00
	Suma totală alocată pentru program Pacient copil		***3 432***		***1 389 111.00***
	Suma totală alocată pentru serviciile medicale de înaltă performanţă constituie		**9 208**		**2 260 594.00**

3) Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanţă constituie **2 398 599 MDL**

CNAM

L.Ş.

Prestatorul

L.Ş.

Anexa nr. **4**

la Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală nr. **05-08/2** din **29 decembrie 2023**

Servicii medicale paliative

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Prestatorului i se planifică următorul volum de servicii de îngrijiri paliative:

Profil	Metoda de plată	Număr zile-pat	Tarif	Suma (lei)
Servicii îngrijiri paliative prestate în condiţii de spital (hospice)	Per zi-pat	4 553	975	4 439 175.00
TOTAL		**X**	**X**	**4 439 175.00**

CNAM

L.Ş.

Prestatorul

L.Ş.

Anexa nr. **5**
la Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală nr. **05-08/2**
din **29 decembrie 2023**

Condiţii speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Părţile 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 asistenţă medicală pentru anul 2024 şi a Normelor metodologice cu privire la elaborarea şi aprobarea devizului de venituri şi cheltuieli (business-plan) şi gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală de către prestatorii de servicii medicale încadraţi în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

2. Prestatorul, în vederea realizării obligaţiunilor contractuala va utiliza obligatoriu Sistemul informaţional automatizat „Asistenţa Medicală Primară" (SI AMP), precum şi alte sisteme informaţionale relevante.

3. În cazul serviciilor de îngrijiri paliative/ hospice, numărul mediu de zile de îngrijire pe an „per pacient" nu va depăşi 30 zile, cu excepţia copiilor cu maladii ce necesită supraveghere în condiţii de staţionar.

4. Prestatorul va asigura prescrierierea serviciilor medicale de înaltă performanţă 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 Informaţional „Raportarea şi evidenţa serviciilor medicale".

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

6. În Anexa nr.1 la Prezentul Contract suma de 1 600 000 MDL este destinată pentru acordarea serviciilor de intervenţie timpurie pentru cel puţin 800 copii (de la naştere până la vârsta de 5 ani) cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare şi risc sporit şi familiilor acestora în conformitate cu actele normative aprobate de Guvern în cadrul a cel puţin 1 600 vizite.

CNAM

L.Ş.

Prestatorul

L.Ş.