

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

mun.Chișinău

“30” decembrie 2022

**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 „Institutul Mamei și Copilului”**, reprezentată de către **dl Sergiu Gladun, 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 calitatea 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 **509 844 631 MDL 98 bani** (cinci sute nouă milioane opt sute patruzeci și patru mii șase sute treizeci și unu MDL 98 bani). Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele nr.1-5 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 Protocolelor 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. În cazul modificării în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a statutului pacientului pe parcursul spitalizării, Prestatorul va externa pacientul conform statutului stabilit la momentul internării;

7) să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistență 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 evidență 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 „Evidență 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 finanțier-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 insolvabilitate, reorganizare, suspendare a activității sau lichidare a Prestatorului;

24) să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocolelor 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 rezoluție 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 prejudiciale, 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 trimis (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 diagnosticelor 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 prejudicate, 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 prejudicate, 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 prejudicate, 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 prejudicate, 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 prejudicate 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 prejudicată, iar pentru cazul prevăzut la pct.5.1 subpct.7), penalitatea constituie 0,1% din suma prejudicată 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 01 ianuarie 2023 pînă la 31 decembrie 2023 cu stabilirea perioadei de acordare a asistenței medicale de la 01 ianuarie 2023 pînă la 31 decembrie 2023.

## **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 rezoluție cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește rezoluție.

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 insolvabilitate, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum și a autorizației sanitare de funcționare;

4) intreruperea, 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 finanțiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de CNAM, a documentelor medicale și administrative, precum și îngădăirea 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 rezoluținea 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 celelalte 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 rezoluțunea 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 celelalte Părți contractante schimbarea survenită.

## X. ALTE CONDIȚII

10.1. Contractul este întocmit în două exemplare, a către 13 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 agenților 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 „Institutul Mamei și Copilului”  
mun. Chișinău, str. Burebista nr.93  
IDNO 1003600151643



CNAM

#### Semnăturile părților

Ion Dodon

L.Ş.

Prestatorul

Sergiu Gladun

L.Ş.



Anexa nr. 1  
la Contractul de acordare a asistentei  
medicale (de prestare a serviciilor medicale)  
în cadrul asigurării obligatorii de asistență  
medicală nr. 05-08/2  
din 30 decembrie 2022

### Asistență Medicală Specializată De Ambulator

In conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2023 Prestatorului i se planifica următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

Nr. d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numarul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
<b>AMSP</b>				
<b>1) Per caz tratat indeplinirea sumei contractuale</b>				
1	Sedință hemodializa	1.995,00	680,00	1.356.600,00
		<b>TOTAL:</b>	<b>X</b>	<b>1.356.600,00</b>
<b>2) Buget global</b>				
1	BG AMSP			24.160.096,00
		<b>TOTAL:</b>	<b>X</b>	<b>24.160.096,00</b>
<b>Suma totală pentru AMSP</b>				
				<b>IN TOTAL: 25.516.696,00</b>

L.S.



L.S.

*J. G. M. C.*

Prestatorul



Anexa nr. 2  
la Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-08/2  
din 30 decembrie 2022

### Asistență medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2023 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală spitalicească, achitat de Companie:

1)

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	Tarif	ICM	Suma
Program general	Per caz	40 717	8 483	1.1931	412 099 497.25
Chirurgie de zi	Per caz	1 524	8 483	0.8873	11 471 096.03
Reabilitare pediatrică	Per caz	1 800	10 500		18 900 000.00
Program special „Corectia anatomica a coloanei vertebrale și cutiei toracice la copii”	Per caz	20	8 483	15.0642	2 555 792.17
Program special „Implant cohlear ”	Per caz	10	8 483	7.1215	604 116.85
Şedință hemodializă AMS	Per şedință	52	1 995		103 740.00
Consumabile costisitoare AMS	Plată retrospectivă				4 094 500.00
Secția de internare/DMU	Buget global				2 823 157.00
Salarizare rezidenți	Plată retrospectivă				21 507 701.00
Medicamente costisitoare AMS	Plată retrospectivă				5 049 320.68
<b>TOTAL</b>					<b>479 208 920.98</b>

2) Lista consumabilelor costisitoare:

Sistem de implant cohlear
Procesor vocal



### Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2023 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

1) Pentru serviciile medicale de înaltă performanță în conformitate cu Criteriile de contractare:

Nr. d/o PU	Denumirea serviciului	Cod serviciu	Tarif	Suma
<b>Program LABORATOR</b>				
45.1	Determinarea vitaminei D prin metoda imunofluorescenței – ferment dependent	1818.3	147	
77	Determinarea Feritin	1841.47	78	
92	Determinarea CK-MB	1841.64	98	
<b>Suma totală alocată pentru Program Laborator</b>				<b>8 000.00</b>
<b>Program ANATOMOPATOLOGICE ȘI CITOPATOLOGICE</b>				
174	Investigația anatompatică a materialului postoperatoriu – categoria IV	2110	387	
179	Investigația histopatologică a biopșatului în biopsie endoscopică multifocală	2114	244	
181	Investigația histopatologică a biopșatului obținut prin trepanobiopsie, punctie biopsie multifocală	2118.1	275	
<b>Suma totală alocată pentru Program anatomopatologice și citopatologice</b>				<b>44 000.00</b>
<b>Suma totală alocată pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie</b>				<b>52 000.00</b>

2) Pentru serviciile medicale de înaltă performanță în conformitate cu Criteriile de contractare:

Nr. d/o PU	Denumirea serviciului	Cod serviciu	Tarif	Suma
<b>Program DIAGNOSTIC FUNCTIONAL</b>				
192	Funcția ventilației pulmonare	1002.2*	141	
197	Electroencefalografia computerizată cu teste funcționale (hiperventilație și stimulare optică)	1016*	123	
199	Ecoencefalografia computerizată	1019*	129	
200	Electromiografia (EMG)	1017.5*	152	
201	Potențiale evocate motorii (PEM)	1017.8	191	
<b>Suma totală alocată pentru Program Diagnostic funcțional</b>				<b>383 000.00</b>
<b>Program IMAGISTICĂ</b>				
201	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*	259	
202	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*	285	
203	Examenul ecografic al morfologiei fetale și anexelor fetale în trimestrul II de sarcină	1029.1.1*	298	
204	Examenul ecografic al morfologiei fetale și anexelor fetale în trimestrul II de sarcină, sarcină multiplă	1029.1.2*	374	
205	Examenul ecografic ginecologic transvaginal (2D) + Doppler	1050.26*	279	
206	Ecografie hepatobiliară (2D) + Doppler	1050.11*	212	
209	Ecografie splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.17*	202	
210	Ecografie sistemului urinar (2D) + Doppler	1050.20*	282	
216	Examenul ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.32*	264	
218	Examenul ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.35*	211	
236	Examenul ecografic în trimestrul III de sarcină	1029.2*	117	
237	Examenul ecografic în trimestrul III de sarcină, sarcină multiplă	1029.3*	169	
240	Sonodopplerografia vaselor extracraiene și intracraiene (Doppler spectral)	1053*	153	
241	Sonodopplerografia sistemului venos al fătului	1060	70	
252	Sonodopplerografia uterină	1061*	60	
253	Sonodopplerografia cerebrală la făt	1062*	60	
254	Sonodopplerografia ombilicală	1063*	35	
<b>Suma totală alocată pentru Program Imagistică</b>				<b>884 000.00</b>
<b>Program ECOCARDIOGRAFIE</b>				
269	Ecocardiografia (M, 2D, Doppler, Doppler Color)	1083*	286	
<b>Suma totală alocată pentru Program Ecocardiografie</b>				<b>453 000.00</b>

Nr. d/o PU	Denumirea serviciului	Cod serviciu	Tarif	Suma
<b>Program TOMOGRAFIE COMPUTERIZATĂ</b>				
307	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului la aparatul spiralat 64 Slices	1255.1	836	
308	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.2	1 543	
309	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.3	869	
310	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.4	1 824	
311	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.5	836	
312	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.6	1 789	
313	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.7	773	
314	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.8	1 632	
317	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor paranasale la aparatul spiralat 64 Slices	1255.11	804	
320	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a vertebrelor (2-3 segmente) la aparatul spiralat 64 Slices	1255.14	916	
321	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a articulației genunchiului la aparatul spiralat 64 Slices	1255.15	789	
322	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a articulației talocrurale la aparatul spiralat 64 Slices	1255.16	820	
323	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a femurului (gambei) la aparatul spiralat 64 Slices	1255.17	820	
<b>Suma totală alocată pentru Program Tomografie computerizată</b>				<b>735 000.00</b>
<b>Program MEDICINA NUCLEARĂ</b>				
459	Scintigrafia glandei tiroide cu test captare la aparatul Gamma Camera SPECT	1329	470	
462	Scintigrafia perfuziei pulmonare la aparatul Gamma Camera SPECT	1331	689	
465	Scintigrafia renală în studiu dinamic la aparatul Gamma Camera SPECT	1341	565	
469	Scintigrafia sistemului osteoarticular în regim WHOLE BODY (corp integral) la aparatul Gamma Camera SPECT	1351	754	
<b>Suma totală alocată pentru Program Medicina nucleară</b>				<b>100 000.00</b>
<b>Program ENDOSCOPIE</b>				
474	Testul ureazic rapid pentru determinarea Helicobacter Pylori	1534	97	
475	Videoendoscopia digestivă superioară (videosofagogastroduodenoscopie) diagnostică	2278.1	399	
482	Rectoscopia diagnostică	2299*	284	
488	Videoendoscopia digestivă superioară, cu biopsie	2338.25	503	
<b>Suma totală alocată pentru Program Endoscopie</b>				<b>360 000.00</b>
<b>Program ANESTEZIE</b>				
509	Durata de 0,5 ore, categoria I	3655****	226	
510	Durata de 1,0 ore, categoria I	3657****	999	
<b>Suma totală alocată pentru Program Anestezie</b>				<b>10 000.00</b>
<b>Suma totală alocată pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie</b>				<b>2 925 000.00</b>

3. Suma totală alocată pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie **2 977 000 MDL**



L.S.



L.S.

Prestatorul

Anexa nr. 4  
la Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-08/2  
din 30 decembrie 2022

### **Servicii medicale paliative**

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2023 Prestatorului i se planifică următorul volum de servicii de îngrijiri paliative, achitat de Companie:

Profil	Metoda de plată	Tarif	Număr zile-pat	Suma (lei)
Servicii îngrijiri paliative prestate în condiții de spital (hospice)	Per zi-pat	915	2 341	2 142 015.00
<b>TOTAL</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>2 142 015.00</b>

L.S.



L.S.

Prestatorul



### Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2023 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 2023 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 va dezvolta capacitatea instituției pentru utilizarea Sistemului informațional automatizat „Asistență Medicală Primară” (SI AMP) și altor sisteme informaționale existente necesare realizării obligațiilor contractuale. Începând cu 01.04.2023 SI AMP este obligatoriu pentru utilizare de către Prestator.

3. 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 aparatajului medical).

4. În cazul serviciilor de îngrijiri paliative/ hospice, numărul mediu de zile de îngrijire pe an „per pacient” nu va depăși 30 zile.

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

6. Prestatorul de servicii medicale în asistență medicală primară și asistență medicală specializată de ambulator, contractat prin metoda „per capita” și/sau „buget global”, poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea mijloacelor financiare în quantum minim de 10% din suma contractuală, pentru efectuarea serviciilor medicale specificate în Anexa nr.4 la Programul unic, inclusiv serviciile medicale procurate de la alți prestatori, care vor fi raportate trimestrial la CNAM.

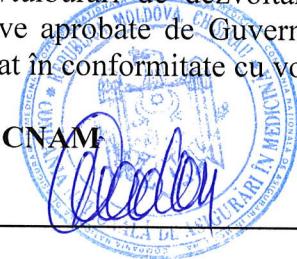
Raportarea serviciilor medicale procurate de la alți prestatori se va efectua în baza tarifelor prevăzute în contractele încheiate cu aceștea, iar serviciile medicale prestate de către Prestator se vor raporta la tarifele prevăzute în HG nr. 1020/2011.

În cazul nevalorificării mijloacelor financiare, CNAM va reține diferența din suma executată pînă la nivelul quantumului stabilit.

7. Prestatorul va asigura prescrieriera serviciilor medicale de înaltă performanță incluse în capituloane IV-XIII din Anexa nr.5 la Programul unic de către medicii cu drept de prescriere a acestor servicii prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”.

8. În Anexa nr.1 la Prezentul Contract din suma de 24 160 096 MDL sunt prevăzute 1 600 000 MDL pentru acordarea serviciilor de intervenție timpurie (de la naștere până la vîrstă de 3 ani) pentru cel puțin 800 copii și a cel puțin 1600 de vizite efectuate de copiii cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit și familiilor acestora în conformitate cu actele normative aprobate de Guvern. În cazul neîndeplinirii volumului menționat, contractul poate fi modificat în conformitate cu volumul real efectuat de servicii medicale.

CNAM



L.S.

Prestatorul



*[Handwritten signature]*