

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-09/369

mun. Chișinău

“28” decembrie 2018

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **dna Andrușca Tamara, director general**, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Institutul Oncologic”**, reprezentată de către **dna Catrinici Larisa, director** (în continuare - **Prestator**), care acționează în baza **Statutului** au încheiat Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Contract), convenind asupra următoarelor:

2. Obiectul Contractului

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

2.2. Suma contractuală anuală este stabilită în mărime de **221 615 435 MDL 06 bani** (două sute douăzeci și unu milioane șase sute cincisprezece mii patru sute treizeci și cinci MDL 06 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele nr.1-4 la prezentul Contract.

3. Obligațiile părților

3.1. Prestatorul se obligă:

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2. Compania se obligă:

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

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

4. Costul serviciilor, termenul și modul de achitare

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

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

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

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

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

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

5. Responsabilitatea Părților contractante

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate Companiei prin prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a documentelor de plată cu indicarea pentru achitare a serviciilor care de fapt nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală, în conformitate cu Programul unic, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile când serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, investigațiilor și achitarea altor plăți nelegitime.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

executare a acesteia. În cazul neexecutării repetate a pretenției, Compania va aplica o penalitate de 2% din suma înaintată în ultima pretenție.

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

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

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

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

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

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

6. Procedura de încheiere a Contractului și termenul de valabilitate

6.1. Prezentul Contract se consideră încheiat din data semnării lui de către Părți și devine valabil de la 1-ianuarie 2019 până la 31 decembrie 2019.

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

7. Modificarea, încetarea și rezilierea Contractului

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

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

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

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

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

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

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

7.4. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislației ce reglementează sistemul ocrotirii sănătății, modul de acordare a asistenței medicale sau condițiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală, Părțile contractante se obligă

în termen de 30 de zile calendaristice din data survenirii modificărilor să modifice prezentul Contract prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul subpunct va servi drept temei pentru rezilierea automată a Contractului.

8. Corespondența

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

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

9. Alte condiții

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

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

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

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

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

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

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

Compania

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

Prestatorul

IMSP „Institutul Oncologic”
mun. Chișinău, str. N.Testemițanu 30
IDNO 1003600151023

Semnăturile părților

Compania


Andrușca Tamara

(numele reprezentantului Companiei)

Prestatorul


Catrinici Larisa

(numele reprezentantului Instituției medicale)



Asistența medicală specializată de ambulator

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

1)

Nr. d/o	Mod de plată	Profilul specialistului	Unitatea de măsură	Numărul de unități	Prețul unei unități (lei)	Suma (lei)
1	Buget global	Asistența medicilor specialiști de profil	X	X	X	8 258 039,00
2		Staționar de zi	X	X	X	8 408 390,00
3		Centrul republican colonoscopic	X	X	X	1 204 235,00
TOTAL			X	X	X	17 870 664,00

2) Finanțare per ședință și evaluare pe baza îndeplinirii sumei contractate:

Nr. d/o	Servicii	Tarif (lei)	Suma (lei)
1.	Radioterapie la accelerator liniar (1 regiune)	369	
2.	Cobaltoterapie externă (1 regiune)	224	
3.	Brahiterapia la aparatul cu surse ionizate Iridiu 192 (192Ir)	964	
TOTAL			2 106 490,00

3) Pentru consumabilele costisitoare:

Consumabilele costisitoare	Suma-limită (lei)
Exoproteze mamare	
Proteze individuale și consumabilele necesare pentru efectuarea protezelor pacienților cu tumori maligne ale capului și gâtului	
TOTAL	1 537 585,00

4) Subvenții pentru acoperirea creșterii cheltuielilor de personal constituie **1 179 935 MDL 28 bani.**

5) Suma totală alocată pentru asistența medicală specializată de ambulator constituie **22 694 674 MDL 28 bani.**

Compania



Prestatorul



Anexa nr. 2
 la Contractul de acordare a asistenței
 medicale (de prestare a serviciilor
 medicale) în cadrul asigurării obligatorii
 de asistență medicală nr. 05-08/369
 din 28 decembrie 2018

Asistența medicală spitalicească

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

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

Denumire program	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif (lei)	Suma (lei)
Program general	20 808	1,8574	4 268	164 952 989,63
Program special "Protezare articulațiilor mari"	20	2,4107	4 667	225 014,74
Chirurgie de zi	1 145	0,8398	4 268	4 103 985,03
Total	21 973	X	X	169 281 989,40

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

Nr. d/o	Denumire program	Numărul de zile-pat	Tarif (lei)	Suma (lei)
1	Îngrijiri medicale paliative (hospice)	1 020	343,25	350 115,00
	Total	1 020		350 115,00

3) Pentru consumabile costisitoare:

Consumabile costisitoare	Suma-limită (lei)
Implanturi mamare necesare pentru reabilitarea pacienților cu tumori maligne	
Proteze individuale și consumabilele necesare pentru reabilitarea chirurgicală și protetică a pacienților cu tumori maligne ale capului, gâtului și ale aparatului locomotor	
TOTAL	2 846 880,00

4) Finanțare per ședință și evaluare pe baza îndeplinirii sumei contractate:

Nr. d/o	Servicii	Tarif (lei)	Suma (lei)
1.	Radioterapie la accelerator liniar (1 regiune)	369	12 282 452,00
2.	Cobaltoterapie externă (1 regiune)	224	
3.	Brahiterapia la aparatul cu surse ionizate Iridiu 192 (192Ir)	964	

5) Suma de **5 120 544 MDL** este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale.

6) Subvenții pentru acoperirea creșterii cheltuielilor de personal constituie 5 538 780 MDL
38 bani.

7) Suma totală alocată pentru asistența medicală spitalicească constituie 195 420 760 MDL
78 bani.

Compania



Prestatorul



Servicii medicale de înaltă performanță

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

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
32	Determinarea imunoglobulinei A.ELISA	70	
34	Determinarea imunoglobulinei M. ELISA	69	
36	Determinarea imunoglobulinei G. ELISA	70	
62	Determinarea anticorpilor anti-HCV	69	
85	Determinarea CA 19-9	85	
87	Determinarea CA 15-3	85	
88	Determinarea CA 125	88	
90	Determinarea CEA	82	
93	Determinarea AFP	70	
94	Determinarea PSA	70	
97	Determinarea Thyreoglobulin prin metoda Elisa	52	
101	Determinarea populației limfocitare CD3 cu anticorpi monoclonali prin metoda	328	
102	Determinarea populației limfocitare CD4 cu anticorpi monoclonali prin metoda	328	
103	Determinarea populației limfocitare CD5 cu anticorpi monoclonali prin metoda	328	
104	Determinarea populației limfocitare CD8 cu anticorpi monoclonali prin metoda	328	
105	Determinarea populației limfocitare CD10 cu anticorpi monoclonali prin metoda	328	
106	Determinarea populației limfocitare CD16 cu anticorpi monoclonali prin metoda	328	
107	Determinarea populației limfocitare CD20 cu anticorpi monoclonali prin metoda	328	
108	Determinarea populației limfocitare CD72 cu anticorpi monoclonali prin metoda	328	
109	Determinarea populațiilor de limfocite CD HLA DR prin metoda	328	
110	Determinarea HCG	80	
114	Determinarea markerului oncologic SYFRA 21-1	88	
118	Determinarea calcitoninei prin metoda Elisa	142	
119	Determinarea parathormonului prin metoda ELISA	135	
128	Determinarea T4-liber	74	
132	Determinarea T3. ELISA	68	
135	Determinarea T4. ELISA	68	
136	Determinarea TSH. ELISA	68	
141	Determinarea prolactinei . ELISA	64	
143	Determinarea anti-TG . ELISA	69	
145	Determinarea anti-TPO . ELISA	70	
148	Determinarea cortizolului. ELISA	69	
151	Determinarea testosteronului. ELISA	70	
156	Determinarea LH. ELISA	67	
157	Determinarea FSH. ELISA	68	
162	Determinarea estradiolului. ELISA	70	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
260	Cercetări citologice după investigațiile endoscopice	40	
261	Determinarea "campylobacter pylori" prin metoda citologică	50	
262	Citologia materialului căpătat prin puncția glandei tiroide	98	
263	Investigație morfopatologică de diagnostic a materialului biopsic endoscopic	136	
316	Ecografia ficatului cu 2 D în scară gri + Doppler	266	
317	Ecografia ficatului cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	380	
318	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
319	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	352	
320	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
321	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	352	
322	Ecografia rinichilor cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
323	Ecografia rinichilor cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	438	
324	Ecografia uterului cu 2 D în scară gri + Doppler	266	
325	Ecografia uterului cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	380	
326	Ecografia ovarelor cu 2 D în scară gri + Doppler	283	
328	Ecografia vizicii urinare cu 2 D în scară gri + Doppler	278	
330	Examen ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	311	
331	Examen ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	409	
332	Examen ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler	248	
333	Examen ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	375	
334	Examen ecografic al prostatei (transrectal) sonda biplan:	168	
335	Examen ecografic al prostatei (transrectal) sonda biplan cu 2 D în scară gri +	248	
336	Examen ecografic al prostatei (transrectal) sonda biplan cu 2 D în scară gri +	494	
338	Examenul ecografic al scrotului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
340	Examenul ecografic al penisului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
345	Examen ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone	78	
346	Examen ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone	181	
347	Examenul ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone	295	
348	Examenul ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone	409	
374	Puncția glandei mamare	40	
377	Biopsia percutană randomizată ecoghidată renal	819	
378	Puncția ecoghidată randomizată a prostatei	873	
379	Nefrostomie ecoghidată "a minima"	1501	
392	Mamografia glandelor mamare (18x24) în regim digital 4	512	
399	Urografia – 14x17 in (35*43)-1 în regim digital	175	
488	Tomografia computerizată pentru planificarea radioterapiei în cadrul sistemului de	954	
497	Scintigrafia glandei tiroide cu test captare	250	
498	Scintigrafia liniară a ficatului	76	
508	Scintigrafia perfuziei pulmonare în regim SPECT la aparatul Gamma-Camera	447	
510	Scintigrafia hepatică poliincidențială în regim SPECT la aparatul	254	
511	Scintigrafia renală în studiu dinamic în regim SPECT la aparatul	309	
512	Scintigrafia sistemului ostearticular în regim WHOLE BODY (corp integru) în	436	
612	Esofagogastroduodenofibroscopie diagnostică cu determinarea germenului	334	
614	Bronhoscopia diagnostică	313	
615	Bronhoscopia cu biopsie	314	
617	Rectoscopie diagnostică	334	
618	Rectoscopia cu endobiopsie	151	
619	Colonoscopia diagnostică	556	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
620	Colonoscopia cu endobiopsie	592	
632	Durata de 0,5 ore categoria I	266	
633	Durata de 1,0 ore categoria I	1175	
Suma totala alocata pentru servicii medicale de inalta performanta constituie			3 500 000,00

Compania

Prestatorul



Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2019 Părțile contractante au convenit asupra următoarelor:

1. Executarea prezentului Contract se va efectua în conformitate cu Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2019 și a Normelor metodologice cu privire la elaborarea și aprobarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Norme metodologice).
2. În pct.2.2 la prezentul Contract din suma contractuală anuală, în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator cheltuielile de personal constituie 10 001 426 MDL 28 bani și în cadrul asistenței medicale spitalicești constituie 105 094 758 MDL 30 bani.
3. În anexa nr.1 la Prezentul Contract din suma de 8 408 390 MDL pentru tratamentul chimioterapic și hematologic a bolnavilor în staționarul de zi în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator pe articolul „medicamente” sunt prevăzute 7 692 000 MDL.
4. În condiții de hospice numărul mediu de zile de îngrijire pe an „per pacient” nu va depăși 30 zile.
5. Prestarea serviciilor medicale în cadrul Centrului republican colonoscopic va fi efectuată persoanelor eligibile, conform actelor normative în vigoare.
6. Pentru bugetul destinat Centrului republican colonoscopic, Prestatorul urmează să presteze cel puțin 2800 colonoscopii. În cazul neîndeplinirii volumului menționat, contractul poate fi diminuat în conformitate cu volumul real efectuat de servicii medicale.
7. Raportarea despre volumul de servicii colonoscopice va fi efectuată în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare.
8. Prestatorul este obligat în termen de 15 zile calendaristice să informeze Compania despre repartizarea investigațiilor fiecărei instituții medico-sanitare cu drept de trimitere la servicii medicale de înaltă performanță, cu specificarea numărului și sumei.
9. Prestatorul este obligat să comunice Companiei în decurs de 3 zile despre imposibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță contractate (inclusiv din cauza defectării aparatului medical).
10. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic, precum și evidența biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță.
11. Prestatorul poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea cotei minime a cheltuielilor pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic. În cazul în care Prestatorul nu va respecta cotele planificate (aprobate) și va înregistra sold de mijloace bănești nevalorificat la sfârșitul perioadei de gestiune (ținând cont de datoriile debitoare și creditoare), Compania va reține diferența dintre suma planificată și cea executată (cheltuieli efective) din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.



Compania



Prestatorul