

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/9

mun. Chișinău

“31” decembrie 2021

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **dna Ion Dodon, director general**, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Institutul Oncologic”**, reprezentat de către **dl Corneliu Prepeliță, vicedirector medical**, (în continuare – **Prestator**), care acționează în baza Ordinului MSMPS nr.90 P7 din 15 iunie 2021 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 **421 211 067 MDL 50 bani** (patru sute douăzeci și unu milioane două sute unsprezece mii șaiszeci și șapte MDL 50 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele nr.1-5 la prezentul Contract.

3. Obligațiile părților

3.1. Prestatorul se obligă:

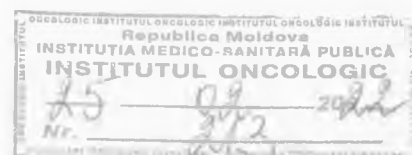
să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și prezentul Contract (cu anexele respective), inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori, care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare 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, până la data de 18 a lunii imediat următoare perioadei de gestiune, factura pentru serviciile medicale prestate și documentele justificative în modelul solicitat de Companie, conform prevederilor prezentului Contract și Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv de gestiune;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2. Compania se obligă:

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

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

4. Costul serviciilor, termenul și modul de achitare

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

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

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

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

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

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

5. Responsabilitatea Părților contractante

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3¹. Nu se admite dezafectarea 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 dezafectate, depistate în urma evaluărilor și monitorizărilor efectuate, se va percepe suma dezafectată 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 01 ianuarie 2022 până la 31 decembrie 2022.

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

7. Modificarea, încetarea și rezilierea Contractului

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

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

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

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

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

în cazul refuzului Prestatorilor de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale Companiei, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de Companie, a documentelor medicale și administrative existente la nivelul Prestatorului evaluat și monitorizat, precum și în cazul 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 14 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 expediată 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.1-5 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

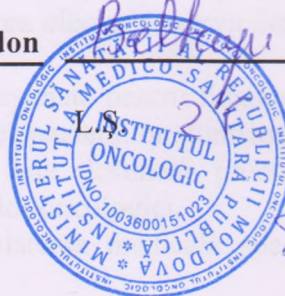
Semnăturile părților

Compania

Ion Dodon

Prestatorul

Corneliu Prepeliță



21.02.2022

Semnătură la dach

21.02.2022

Anexa nr. 1
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-0819
din 31 decembrie 2021

Asistența medicală specializată de ambulator

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2022 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	14 840 106,72
2		Staționar de zi	X	X	X	17 254 080,03
3		Centrul republican colonoscopic	X	X	X	1 936 397,59
4		Laboratorul imunologie și genetică medicală	X	X	X	1 044 105,37
	TOTAL		X	X	X	35 074 689,71

2) Finanțare per sedință 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			4 775 551,81

3) Pentru consumabile costisitoare:

Consumabile costisitoare	Suma-limită (lei)
Exoproteze mamare	
Proteze individuale și consumabilele necesare pentru efectuarea protezelor pacienților cu tumori maligne ale capului și gâtului	
TOTAL	340 000,00

4) Suma de **50 000 MDL** este destinată pentru acoperirea cheltuielilor de transport public suburban și interurban (tur-retur) în vederea efectuării serviciilor de chimioterapie și radioterapie în condiții de ambulator (staționar de zi).

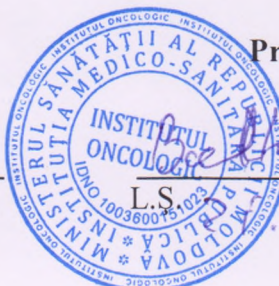
5) Suma de **960 000 MDL** este destinată pentru finanțarea procurării pungilor colectoare pentru stome și urostome privind asigurarea pacienților stomizați.

6) Suma de **17 568 396 MDL** este destinată procurării preparatelor chimioterapice antineoplazice pentru tratamentul pacienților oncologici.

7) Suma totală alocată pentru asistența medicală specializată de ambulator constituie **58 768 637 MDL 52 bani**.



Compania



Prestatorul

Handwritten signature and date: 02.2022

Asistența medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2022 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	22 406	6 616	1,8766	290 115 075,57
Program special „Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)”	Per caz	169	8 932	3,3837	
Chirurgie de zi	Per caz	1 200	6 616	0,8595	
Program special „Protezarea aparatului locomotor”	Per caz	10	6 616	3,9088	258 606,21
Consumabile costisitoare AMS	Plata retrospectivă				2 390 000,00
Radioterapia AMS	Per ședință				6 200 000,00
Salarizare rezidenți	Plata retrospectivă				8 107 343,20
Medicamente costisitoare AMS	Plata retrospectivă				41 681 656,00
TOTAL					348 752 680,98

2) Lista consumabilelor costisitoare:

Proteze individuale și consumabilele necesare pentru reabilitarea chirurgicală și protetică a pacienților cu tumori maligne ale aparatului locomotor

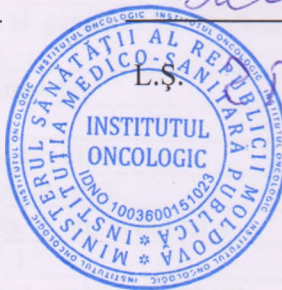


Compania

[Signature]

Prestatorul

Baltaga Ruslan
01.01.2022



Anexa nr. 3

la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/19
din 31 decembrie 2021

Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2022 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

1) Pentru serviciile medicale de înaltă performanță menționate în pct.63 a Criteriilor de contractare:

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
205	Examenul ecografic ginecologic transvaginal (2D) + Doppler	328	
206	Ecografia hepatobiliară (2D) + Doppler	249	
208	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
209	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
210	Ecografia sistemului urinar (2D) + Doppler	332	
211	Examenul ecografic ginecologic transabdominal (2D) + Doppler	291	
212	Ecografia uterului cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie (transvaginal)	380	
214	Ecografia vezicii urinare cu 2 D în scară gri + Doppler	278	
216	Examenul ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	311	
217	Examenul ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	409	
218	Examenul ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler	248	
219	Examenul ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	375	
220	Examenul ecografic al prostatei (transrectal) sonda biplan cu 2 D în scară gri + Doppler	248	
225	Examenul ecografic musculoskeletal al unei zone – articulație anatomice cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
226	Examenul ecografic musculoskeletal al unei zone – articulație anatomice cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	409	
227	Examenul ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomice cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
229	Examenul ecografic transabdominal al prostatei	128	
265	Puncția glandei mamare	40	
266	Puncția cu biopsia aspirațională a glandei tiroide	67	
276	Mamografia digitală cu trepanbiopsie stereotaxică	1 979	
277	Mamografia glandelor mamare, 18×24cm, în regim digital 4	512	
282	Urografia (RVS, 7 min., 14 min., 25 min.)	950	
283	Urografia (RVS, 7 min., 14 min., 25 min. + proba ortostatică)	1 136	
284	Urografia (RVS, 7 min., 14 min., 25 min. + proba ortostatică + tardive)	1 491	
332	Tomografia computerizată la CT-simulator	954	
345	Tomosinteza osoasă	832	
346	Tomosinteza pulmonară	832	
459	Scintigrafia glandei tiroide cu test captare la aparatul Gamma Camera SPECT	553	
462	Scintigrafia perfuziei pulmonare la aparatul Gamma Camera SPECT	810	
463	Scintigrafia hepatică poliincidențială la aparatul Gamma Camera SPECT	580	
465	Scintigrafia renală în studiu dinamic la aparatul Gamma Camera SPECT	665	
467	Scintigrafia în regim SPECT (compartimental) la aparatul Gamma Camera SPECT	636	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
468	Scintigrafia sistemului osteoarticular (compartiment) 3 faze la aparatul Gamma Camera SPECT	776	
469	Scintigrafia sistemului osteoarticular în regim WHOLE BODY (corp integral) la aparatul Gamma Camera SPECT	887	
475	Videoendoscopia digestivă superioară (videoesofagogastroduodenoscopie) diagnostică	469	
476	Laringoscopia flexibilă cu biopsie	582	
477	Bronhoscopia diagnostică	313	
479	Videolaringoscopia diagnostică	524	
481	Videobronhoscopia cu brosaj și biopsie	741	
482	Rectoscopia diagnostică	334	
483	Rectoscopia cu endobiopsie	151	
488	Videoendoscopia digestivă superioară, cu biopsie	592	
489	Videoendoscopia digestivă inferioară	578	
490	Videoendoscopia digestivă inferioară, cu biopsie	753	
491	Videoendoscopia digestivă superioară, cu polipectomie	3 306	
492	Videoendoscopia digestivă inferioară, cu polipectomie	3 571	
507	Trepanbiopsia prostatei	544	
508	Trepanbiopsia glandei mamare	358	
509	Durata de 0,5 ore, categoria I	266	
510	Durata de 1,0 ore, categoria I	1 175	
Suma totală alocată pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie			8 236 027.00

Inclusiv:

Suma în limitele căreia urmează a fi decontate serviciile medicale prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”	4 941 616.00
Suma-maximă în limitele căreia pot fi decontate în baza biletului de trimitere 027/e.	3 294 411.00

2) Pentru serviciile medicale de înaltă performanță menționate în pct.68 a Criteriilor de contractare:

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
7	Determinarea CA 19-9	85	
8	Determinarea CA 15-3	85	
9	Determinarea CA 125	88	
12	Determinarea populațiilor de limfocite cu anticorpi monoclonali prin metoda imunofluorescentă (pentru un CD)	272	
13	Determinarea HCG	80	
160	Detectarea transcriptului BCR-ABL p210 (calitativ și cantitativ) și determinarea calitativă a produsului p230, p210	1 474	
161	Detecția mutației c.1799T>A/V600E a genei BRAF în carcinom tiroidian papilar, melanom, cancer colorectal prin metoda PCR (cantitativ)	761	
163	Detecția mutației 944C>T/p.T3151 în gena ABL1 în leucemia mieloidă cronică (tratament personalizat) prin metoda PCR (cantitativ).	763	
167	Detecția cantitativă a mutației JAK2 V617F/G1849T. Metoda RT-PCR	2 680	
168	Detecția mutațiilor EGFR_ex19dels, p.L858R și p.T790M din țesutul tumoral. Metoda RT-PCR	955	
173	Investigația anatomopatologică a materialului postoperatoriu – categoria III	287	
174	Investigația anatomopatologică a materialului postoperatoriu – categoria IV	455	
175	Investigația anatomopatologică a materialului postoperatoriu – categoria V	775	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
179	Investigația histopatologică a biotatului în biopsie endoscopică multifocală	287	
181	Investigația histopatologică a biotatului obținut prin trepanobiopsie, puncție biopsie multifocală	324	
182	Investigația citopatologică a materialului endoscopic în procese patologice non-ginecologice	118	
183	Investigație citomorfologică a punctatului în procesele tumorale maligne ale glandei tiroide, glandei mamare, ganglionilor limfatici, pulmonilor, rinichilor, ficatului, prostatei, măduvei osoase etc.	200	
185	Investigația histochimică suplimentară (exemple după Mason/reacții PAS, Sudan III, AgNO ₃ , picrofuxină etc.)	269	
186	Investigația imunohistochimică suplimentară cu un anticorp în procese nontumorale și tumorale	537	
187	Investigația prin metoda CISH pentru identificarea Oncogenei HER-2/neu, situată pe cromozomul 17	3 316	
Suma totală alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie			5 099 722.00

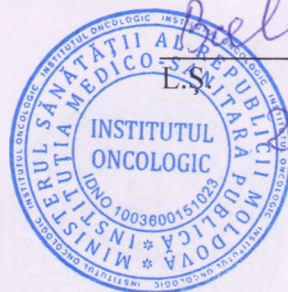
3) Suma totală alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie **13 335 749 MDL**.



Compania

[Signature]

L.S.



Prestatorul

[Signature]

15.02.2022

L.S.

Anexa nr. 4
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/9
din 31 decembrie 2021

Servicii medicale paliative

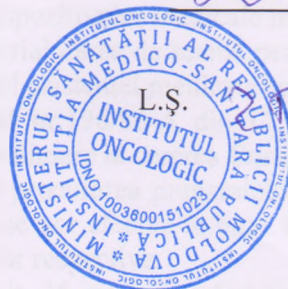
În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2022 Prestatorului i se planifică următorul volum de servicii de îngrijiri paliative, achitat de Companie:

Profil	Metoda de plată	Numărul servicii	Tarif	Suma (lei)
Servicii îngrijiri paliative prestate în condiții de spital (hospice)	Per zi-pat	400	885	354 000,00
TOTAL		X	X	354 000,00

Compania



Prestatorul



Beltaru Reusku
02.2022

Conditii speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2022 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 2022 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 anexa nr.1 la Prezentul Contract din suma de 17 254 080 MDL 03 bani pentru tratamentul chimioterapic și hematologic a bolnavilor în staționarul de zi în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator pe articolul „medicamente” sunt prevăzute 12 084 984 MDL 00 bani.

3. În condiții de hospice numărul mediu de zile de îngrijire pe an „per pacient” nu va depăși 30 zile.

4. Prestarea serviciilor medicale în cadrul Centrului republican colonoscopic va fi efectuată persoanelor eligibile, conform actelor normative în vigoare.

5. Pentru bugetul destinat Centrului republican colonoscopic, Prestatorul urmează să presteze cel puțin 2990 colonoscopii. În cazul neîndeplinirii volumului menționat, contractul poate fi diminuat în conformitate cu volumul real efectuat de servicii medicale.

6. Raportarea despre volumul de servicii colonoscopice va fi efectuată în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare.

7. Pe măsura utilizării preparatelor și dispozitivelor medicale menționate în Anexele nr.1 și nr.2 la Contract, Prestatorul va prezenta trimestrial darea de seamă personificată privind utilizarea medicamentului (formularul nr.1-27/d) în cadrul asistenței medicale spitalicești în conformitate cu prevederile ordinului comun al MS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014, cu modificările și completările ulterioare, precum și alte acte doveditoare la cererea Companiei.

8. Achitățile din partea CNAM pentru procurarea preparatelor și dispozitivelor medicale menționate în Anexele nr.1 și nr.2 la Contract se vor efectua în baza facturilor prezentate de IMS și contractelor de achiziționare a medicamentelor respective.

9. 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.

10. Prestatorul este obligat să comunice Companiei în decurs de 3 zile despre imposibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță contractate (inclusiv din cauza defectării aparaturii medicale).

11. 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 serviciile medicale de înaltă performanță incluse în capitolele I-III din Anexa nr. 5 la Programul unic.

12. Prestatorul va dezvolta capacitățile instituției pentru asigurarea prescrierii și prestării serviciilor medicale de înaltă performanță 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 Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”.

13. Prestatorul poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea cotei minime prevăzute în Normele metodologice 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 valorifica cotele planificate (aprobate) și va înregistra sold de mijloace bănești 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.

14. În temeiul art.15 din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și întru executarea Ordinului comun MSMPS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014, cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, și în scopul realizării acțiunilor de regres de către CNAM pentru recuperarea cheltuielilor suportate pentru acordarea asistenței medicale persoanelor asigurate cărora le-a fost cauzat prejudiciu sănătății de către persoane juridice sau fizice, prestatorul de servicii medicale va prezenta pînă la data de 5 a lunii ce succede luna de gestiune, informația privind cazurile de leziuni corporale și alte maladii cauzate persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice și juridice, conform formularelor aprobate prin Ordinul comun MSMPS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014 (modificat prin Ordinul comun MSMPS și CNAM nr.1299/373-A din 30.12.2020).

15. Prestatorul se obligă să nu încaseze, de la persoanele asigurate, sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării prezentului Contract, cu determinarea persoanei asigurate de a achita sume aferente cazului tratat acordat în baza prezentului Contract.

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

