

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/4

mun. Chișinău

“31” decembrie 2025

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 de Medicină Urgentă”**, reprezentată de către **dna Diana Manea, director**, care acționează în baza **Regulamentului**, au încheiat Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Contract), convenind asupra următoarelor:

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

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

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de **915 855 882 MDL 97 bani** (nouă sute cincisprezec milioane opt sute cincizeci și cinci mii opt sute optzeci și doi MDL 97 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 Protocoalelor clinice naționale;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13) abrogat;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

26) să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile fiscale electronice și dările de seamă prezentate CNAM, inclusiv la raportarea prin intermediul sistemelor informaționale;

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

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

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

3.2. CNAM se obligă:

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

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

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

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

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

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

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

IV. COSTUL SERVICIILOR, TERMENUL ȘI MODUL DE ACHITARE

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

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

4.3. Pentru tipurile de servicii medicale contractate pentru care în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 80% din

suma aferentă acestor servicii planificată pentru luna respectivă. CNAM poate diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia în următoarele cazuri:

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

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

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

4) obținerea deciziei de neacreditare.

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

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

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

V. RESPONSABILITATEA PĂRȚILOR

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

1) prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a dărilor de seamă, cu includerea serviciilor care, de fapt, nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală, în conformitate cu Programul unic și Normele metodologice de aplicare a acestuia, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, a achitării investigațiilor și a efectuării altor plăți nelegitime. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului raportat;

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

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

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

5) neasigurarea veridicității informației introduse în darea de seamă privind numărul și lista nominală a pacienților beneficiari, cantitatea de medicamente utilizată, inclusiv medicamente cu destinație specială, consumabile și dispozitive medicale, achitate suplimentar costului cazului tratat. Mărimea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinație specială, consumabilelor și dispozitivelor medicale;

6) nerespectarea Standardelor codificării 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 prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

2) în contextul relațiilor contractuale curente:

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

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

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

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

5.4. Prestatorul este obligat să restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului, în caz contrar CNAM va restitui persoanei asigurate 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 3 ani de la 01 ianuarie 2026 până la 31 decembrie 2028, cu ajustarea anuală a perioadei de acordare a asistenței medicale în conformitate cu volumul de servicii medicale negociat.

6.3. Perioada de acordare a asistenței medicale se stabilește de la 01 ianuarie 2026 până la 31 decembrie 2026.

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, neacceptarea volumului serviciilor medicale sau a tarifelor la serviciile medicale negociate, cu condiția notificării intenției de rezoluțiune cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește rezoluțiunea.

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

- 1) încălcarea esențială de către Prestator a obligațiilor sale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 2) Prestatorul nu începe activitatea în termen de 7 zile de la data semnării Contractului, în cazul executării de către CNAM a obligațiilor sale stipulate în Contract;
- 3) inițierea procesului de insolabilitate, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum și a autorizației sanitare de funcționare;
- 4) întreruperea, din motive imputabile Prestatorului, a activității pe o perioadă mai mare de 30 de zile;

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

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

7.4. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislației ce reglementează sistemul ocrotirii sănătății, modul de acordare a asistenței medicale sau condițiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală, Părțile contractante se obligă, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a modificărilor, să modifice Contractul prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul punct va servi drept temei pentru rezoluțiunea automată a Contractului.

VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEEXECUTAREA OBLIGAȚIILOR CONTRACTUALE

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

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

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

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

IX. CORESPONDENȚA

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

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

X. ALTE CONDIȚII

10.1. Contractul este întocmit în două exemplare, a câte 16 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.

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

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

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

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

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

CNAM

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

Prestatorul

IMSP „Institutul de Medicină Urgentă”
mun. Chișinău, str. Toma Ciorbă nr.1
IDNO 1003600152606

Semnăturile părților

CNAM

Ion Dodon

L.Ș.

Prestatorul

Diana Manea

L.Ș.

Asistență medicală urgentă prespitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală urgentă prespitalicească:

Denumire program	Metoda de plată	Suma
UPU tip A	Buget global	67 736 068,00
TOTAL		67 736 068,00

Asistența medicală specializată de ambulator

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

1)

Nr. d/o	Tip serviciu medical	Suma (lei)
AMSP		
	Buget global	
1	BG AMSP	6 308 239.00
2	BG Stomatologie	2 436 984.00
3	Centrul Național de epileptologie	6 022 429.00
TOTAL		14 767 652.00

2)

Nr. d/o	Profil	Tarif (lei)	Numărul vizite/ședințe	Suma (lei)
1	Dializa/ședință HD	1995	300	598 500,00
2	Dializa/ședință HDF	2195	50	109 750,00
TOTAL:				708 250,00

3) Suma totală alocată pentru asistența medicală specializată de ambulator constituie **15 475 902 MDL.**

Asistența medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală spitalicească:

1)

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	Tarif	ICM	Suma
Program general	Per caz	20 500	7 744	2,9715	471 731 568,00
Chirurgie de zi	Per caz	4 000	7 744	1,3385	41 461 376,00
Reabilitare	Per caz	50	9 792		489 600,00
Reabilitare neurologica	Per caz	200	13 495		2 699 000,00
Reabilitare ortopedica	Per caz	400	10 771		4 308 400,00
Program special "Tratament operator pentru cataractă"	Per caz	1 200	4 296	2,6766	13 798 408,32
Program special "Protezări vasculare"	Per caz	150	7 744	7,7882	9 046 773,12
Program special "Chirurgie endovasculară"	Per caz	280	7 744	6,7742	14 688 633,34
Program special "Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale"	Per caz	300	7 744	8,6615	20 122 396,80
Program special "Neuroradiologia intervențională"	Per caz	70	7 744	5,9874	3 245 649,79
Program special "Protezarea aparatului locomotor"	Per caz	2 000	7 744	9,0695	140 468 416,00
Program special "Tratamentul interventional în AVC ischemic acut"	Per caz	200	7 744	5,9750	9 254 080,00
Program special "Corecția anatomică a coloanei vertebrale si cutiei toracice la	Per caz	10	7 744	7,3275	567 441,60
Servicii de dializă	Per ședință	500	1 995		997 500,00
Centrului comprehensiv AVC	Buget global				6 304 058,00
Incadrarea medicilor rezidenti	Plata retrospectivă				38 851 392,00
TOTAL					778 034 692,97

2) Lista consumabilelor costisitoare:

Denumirea consumabil costisitor:	Suma
<i>proteza mono-polară de umăr, inclusiv:</i>	
tijă humerală	
cap humeral	
<i>proteza totală de umăr, inclusiv:</i>	
tija humerala	
Insert humeral	
Glenosferă	
Glena metalică	
<i>consumabile pentru revizia șoldului și genunchiului, inclusiv:</i>	
Cupă	
Insert	
Cap	
Tijă	

Cotil	
Șurub	
Bloc augmentar	
Componenta femurală	
Componenta tibială	
Componenta patelară	
Caja de ranforsare cotil	
Elemente de augmentare femur și tibia	
Arc ghid	
Cateter ghid cu balon de ocluzie	
Cateter suport intracranial	
Dispozitiv revascular/recuperare trombo/stent retrievier pentru trombextracție	
Microcateter	
Set steril getabil	
Sistem de închidere percutant a orificiului de puncție	
Teacă	
Alteplasum	
Cateter	
Cateter ghid	
Cateter ghid cu balon de ocluzie (distal)	
Ghid	
Microghid	
Teacă ghid	
Sistem detașare spirale/coiluri	
Set pentru embolizare	
Spirală (coli)	
Set introductor pentru puncție	
Stent	
Balon	
Dipozitiv recuperare corp străin	
Set inflator cu manometru	
Microsfere pentru embolizare	
<i>Procedura de hemodiafiltrare continuă</i> : cartuș filtru, kit	
Set stentgraft aorta abdominală EVAR	
TOTAL	46 971 405,00

3) Medicamente cu destinație specială:

Denumire medicament	Suma
DCI Alteplasum	1 904 860,00
DCI Immunoglobulinum humanum	1 444 445,00
TOTAL	3 349 305,00

4) Suma totală alocată pentru asistență medicală spitalicească constituie **828 355 402 MDL 97 bani.**

Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

Nr d/o PU	Denumire serviciu	Cod SIP	Număr serviciu	Tarif	Suma
	Program Diagnostic funcțional				
165	Electroencefalografia computerizată cu monitorizare video	1016.2	750	444	333.000,00
167	Videomonitoring electroencefalografic (1 ora)	1017.9	1.050	833	874.650,00
	Suma totală alocată pentru Program Diagnostic funcțional		1.800		1.207.650,00
	Program Imagistică medicală				
200	Examenul ecografic musculoscheletal al unei zone – articulație anatomice cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.50	38	301	11.438,00
211	Ultrasonografia vaselor magistrale cervico-cerebrale (extra-intracraniene)	1066.4	25	431	10.775,00
	Suma totală alocată pentru program Imagistică medicală		63		22.213,00
	Program Program Investigații de radiodiagnostic				
304	Aortografie	1230	3	3.878	11.634,00
307	Angiopulmonografia	1228.3	2	8.330	16.660,00
312	Angiografia cu substrație digitală selectivă a trunchiului celiac	1231.1	12	8.602	103.224,00
314	Angiografia cu substrație digitală selectivă a arterelor renale	1231.3	4	8.524	34.096,00
315	Angiografia cu substrație digitală selectivă a arterelor mezenterice	1231.4	2	8.524	17.048,00
316	Angiografia cu substrație digitală a aortei și membrului inferior, unilateral	1231.5	2	9.359	18.718,00
317	Angiografia cu substrație digitală a aortei și membrului inferior, bilateral	1231.6	10	10.323	103.230,00
318	Angiografia cu substrație digitală a arcului aortic	1231.7	2	8.536	17.072,00
319	Angiografia cu substrație digitală a membrului superior, unilateral	1231.8	2	8.524	17.048,00
320	Angiografia cu substrație digitală a membrului inferior, unilateral	1231.9	2	8.524	17.048,00
322	Angiografia cu substrație digitală a membrului inferior, bilateral	1231.11	6	9.645	57.870,00
325	Angiografia cu substrație digitală selectivă a arterelor carotide	1231.14	10	8.924	89.240,00
326	Aortografia cu substrație digitală	1231.15	12	8.929	107.148,00
	Suma totală alocată pentru Program Program Investigații de radiodiagnostic		69		610.036,00
	Program Tomografie computerizata				
257	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului la aparatul spiralat 64 Slices	1255.1	66	836	55.176,00
258	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.2	5	1.543	7.715,00
259	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.3	40	869	34.760,00
260	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului cu contrast la	1255.4	20	1.824	36.480,00

	aparatul spiralat 64 Slices				
261	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.5	8	836	6.688,00
262	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.6	150	1.789	268.350,00
263	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.7	5	773	3.865,00
264	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.8	20	1.632	32.640,00
267	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor paranazale la aparatul spiralat 64 Slices	1255.11	10	804	8.040,00
268	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor paranazale și a creierului la aparatul spiralat 64 Slices	1255.12	1	885	885,00
271	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a vertebrelor unei regiuni (cervicală/toracală/lombară) la aparatul spiralat 64 Slices	1255.14	30	916	27.480,00
285	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a aortei abdominale la aparatul spiralat 80 Slices	1255.73	18	3.153	56.754,00
286	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a aortei toracale la aparatul spiralat 80 Slices	1255.74	19	3.153	59.907,00
287	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a arterelor membrelor inferioare, la aparatul spiralat 80 Slices	1255.75	42	3.153	132.426,00
288	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a arterelor cerebrale la aparatul spiralat 80 Slices	1255.76	38	3.153	119.814,00
289	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a arterelor renale la aparatul spiralat 80 Slices	1255.77	13	3.153	40.989,00
290	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a arterelor carotide la aparatul spiralat 80 Slices	1255.78	43	3.153	135.579,00
291	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a arterelor bazinului la aparatul spiralat 80 Slices	1255.79	1	3.153	3.153,00
	Suma totală alocată pentru program Tomografie computerizata		529		1.030.701,00
	Program Coronarografie				
303	Coronarografia cu ventriculografie	1228	33	6.615	218.295,00
	Suma totală alocată pentru Program Coronarografie		33		218.295,00
	Program Rezonanță magnetică				
352	Rezonanța magnetică nucleară a creierului la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.40	37	1.540	56.980,00
353	Rezonanța magnetică nucleară a creierului la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.41	30	2.714	81.420,00
354	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei cervicale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.42	7	1.721	12.047,00
355	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei cervicale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.43	1	2.714	2.714,00
356	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei dorsale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.44	7	1.620	11.340,00
357	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei dorsale la	1326.45	1	2.883	2.883,00

	aparatul 1,5 Tesla, cu contrast				
359	Rezonanța magnetică nucleară a glandei pituitare la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.47	10	2.714	27.140,00
360	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei lombo-sacrale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.48	100	1.620	162.000,00
361	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei lombo-sacrale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.49	2	2.714	5.428,00
366	Rezonanța magnetică nucleară regim colangiografie (MRCP) la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.54	20	1.620	32.400,00
368	Rezonanța magnetică nucleară a abdomenului la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.57	30	3.315	99.450,00
369	Rezonanța magnetică nucleară până la 1,5 Tesla a articulațiilor mari, 2 filme la aparat, fără contrast	1326.60	15	1.784	26.760,00
370	Rezonanța magnetică nucleară până la 1,5 Tesla a articulațiilor mari, 2 filme la aparat, cu contrast	1326.61	2	3.012	6.024,00
375	Rezonanța magnetică nucleară a organelor bazinului mic la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.68	10	1.620	16.200,00
376	Rezonanța magnetică nucleară a organelor bazinului mic la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.69	30	3.315	99.450,00
390	Rezonanța magnetică nucleară a întregii coloane vertebrale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.89	10	3.592	35.920,00
391	Rezonanța magnetică nucleară a întregii coloane vertebrale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.90	1	4.994	4.994,00
397	Imagistica prin rezonanță magnetică 1.5 tesla cerebrală cu contrast, în protocol neuroperfuzie	1326.97	5	3.200	16.000,00
398	Angiografia prin IRM 1.5 tesla, cu noncontrast, a vaselor, intracerebrale protocol TOF și INHANCE arterial + venos	1326.98	5	1.624	8.120,00
399	Imagistica prin rezonanță magnetică 1.5 Tesla a bazinului mic, fără contrast, în protocol difuzie	1326.101	5	1.740	8.700,00
400	Imagistica prin rezonanță magnetică a țesuturilor moi ale gâtului, 1,5 Tesla	1326.102	5	1.469	7.345,00
401	Imagistica prin rezonanță magnetică a țesuturilor moi ale gâtului cu contrast, 1,5 Tesla	1326.103	10	3.174	31.740,00
403	Imagistica prin rezonanță magnetică 1,5 Tesla a colului uterin, cu contrast	1326.106	5	3.691	18.455,00
	Suma totală alocată pentru program Rezonanță magnetică		348		773.510,00
	Program Anestezie				
481	Durata de 0,5 ore, cu respirație spontană	3656.1	28	273	7.644,00
482	Durata de 1,0 ore, cu respirație spontană	3658.3	20	362	7.240,00
	Suma totală alocată pentru program Anestezie		48		14.884,00
	Program Pacient oncologic				
258	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.2	2	1.543	3.086,00
259	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.3	3	869	2.607,00
260	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.4	30	1.824	54.720,00
261	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.5	2	836	1.672,00
262	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.6	150	1.789	268.350,00
264	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1255.8	14	1.728	24.192,00

353	Rezonanța magnetică nucleară a creierului la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.41	1	2.714	2.714,00
366	Rezonanța magnetică nucleară regim colangiografie (MRCP) la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.54	3	1.620	4.860,00
376	Rezonanța magnetică nucleară a organelor bazinului mic la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.69	10	3.315	33.150,00
401	Imagistica prin rezonanță magnetică a țesuturilor moi ale gâtului cu contrast, 1,5 Tesla	1326.103	5	3.174	15.870,00
	<i>Suma totală alocată pentru program Pacient oncologic</i>		220		411.221,00
	Suma totală alocată pentru serviciile medicale de înaltă performanță constituie		3.110		4.288.510,00

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 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 2026 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. În cazul nerespectării prevederilor pct.3.1, subpct.15) din Contract cu referire la prezentarea Devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) în termenul stabilit, CNAM va suspenda achitarea serviciilor medicale acordate.

3. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor pentru Unitățile de primire urgențe (indiferent de tip) se va efectua prin conturi bancare/ trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor de la un tip de asistență medicală la altul, se permite cu condiția restituirii acestora până la sfârșitul perioadei de gestiune. Sumele nerestituite se consideră dezafectate.

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

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

6. Suma contractuală destinată asistenței medicale stomatologice este alocată pentru acoperirea cheltuielilor legate de prestarea asistenței medicale stomatologice în cazul urgențelor stomatologice persoanelor asigurate în zilele de luni-vineri: de la orele 18:00 - 8:00; sâmbăta: de la orele 14:00 - 8:00; duminică și în zilele de sărbători - în regim non-stop.

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

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

9. La realizarea cazurilor programate în cadrul programelor speciale „Protezarea aparatului locomotor” și/sau „Tratament operator pentru cataractă”, Prestatorul va respecta prevederile actelor normative în vigoare. Cazurile internate de urgență vor fi atribuite la „Program general”.

10. 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 aparaturii medicale).

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

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

12. Serviciile de înaltă performanță necesare pentru stabilirea/confirmarea diagnosticului, prescrise și prestate în cadrul epizodului de spitalizare și/sau în ziua internării pacientului, vor fi realizate din contul cazului tratat și nu se vor raporta prin SIRSM.

13. Instituția medicală va asigura evidența contabilă conformă a veniturilor și cheltuielilor pe tipuri de asistență medicală, inclusiv pentru serviciile medicale contractate prin metoda de plată “buget global”.