

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

mun.Chișinău

“29” decembrie 2023

**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, vicedirector medical**, care acționează în baza Ordinului Ministerului Sănătății nr.157-P§1 din 18 octombrie 2023 și Regulamentului, au încheiat Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Contract), convenind asupra următoarelor:

**II. OBIECTUL CONTRACTULUI**

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

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de **729 550 163 MDL 03 bani** (șapte sute douăzeci și nouă milioane cinci sute cincizeci mii una sută șaizeci și trei MDL 03 bani). Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele nr.1-4 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 trimisare conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic;

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

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

- 8) să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând cele mai eficiente costuri și forme de diagnostic și tratament;
- 9) să asigure existența în stoc a medicamentelor, a altor produse farmaceutice și parafarmaceutice și a consumabilelor necesare pentru prestarea serviciilor medicale prevăzute în Programul unic și în Contract;
- 10) să informeze persoanele despre drepturile pe care le au, inclusiv despre volumul, modul și condițiile de acordare a serviciilor medicale prevăzute în Programul unic și în Contract;
- 11) să nu încaseze de la persoanele asigurate sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și conform condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;
- 12) să nu determine persoana asigurată să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 13) să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor Registrul sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat și broșat;
- 14) să planifice și să execute proporțional, pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale stabilite la pct.6.2. din Contract, volumul și spectrul de servicii medicale, în limita sumei contractate;
- 15) să elaboreze, să aprobe, să coordoneze cu Fondatorul/Persoana responsabilă a Fondatorului, după caz, cu Consiliul administrativ al Prestatorului și să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, pentru fiecare tip de asistență medicală contractat, precum și modificările la acesta, în cazul încheierii acordurilor adiționale și modificărilor interne, în conformitate cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;
- 16) să elaboreze, să aprobe și să prezinte CNAM darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în termenele și modul stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală, precum și alte informații aferente gestionării resurselor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, la solicitarea CNAM;
- 17) să prezinte CNAM, prin intermediul Sistemului informațional automatizat de creare și circulație a facturilor fiscale electronice „e-Factura”, până la data de 25 a lunii imediat următoare perioadei de raportare, factura fiscală electronică pentru serviciile medicale prestate, emisă în baza raportului privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică prezentat de către CNAM, și/sau alte documente justificative după modelul solicitat de CNAM, conform clauzelor contractuale și prevederilor actelor normative;
- 18) să țină evidență și să completeze corect și la timp, pe suport de hârtie sau în format electronic, registrele persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând CNAM lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;
- 19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informațional „Evidență și raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG (CASE-MIX)”, datele la nivel de pacient reflectate în fișa medicală a bolnavului de staționar, conform prevederilor actelor normative;
- 20) să prezinte CNAM lunar, până la data de 10 a lunii ce succede luna de gestiune, Darea de seamă privind cazurile de prejudiciere a sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;
- 21) să prezinte informațiile/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, precum și a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relațiilor contractuale curente și precedente;
- 22) să prezinte, la solicitarea în scris a CNAM, documentele primare, registrele și alte documente finanțier-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenței medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind veniturile și

cheltuielile din alte surse, pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

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

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

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

26) să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile fiscale electronice și dările de seamă prezentate CNAM;

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

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

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

### 3.2. CNAM se obligă:

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

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

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

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

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

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

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

## IV. COSTUL SERVICIILOR, TERMENUL ȘI MODUL DE ACHITARE

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

4.2. CNAM achită Prestatorului, lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei și volumelor

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

4.3. Pentru tipurile de servicii medicale contractate pentru care în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 80% din suma aferentă acestor servicii planificată pentru luna respectivă. CNAM poate diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia în următoarele cazuri:

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

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

3) notificarea intenției de rezoluțune a Contractului de către una din Părți.

4.4. În cazul înregistrării creanțelor CNAM față de Prestator pentru un anumit tip de asistență medicală, inclusiv a creanțelor aferente sumelor prejudicate, 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, achitare suplimentar costului cazului tratat. Mărimea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinație specială, consumabilelor și dispozitivelor medicale;

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

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

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

1) în contextul relațiilor contractuale precedente, sumele prejudicate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidență contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

2) în contextul relațiilor contractuale curente:

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

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

c) pentru cazul prevăzut la pct.5.1 subpct.7), Prestatorul va restabili sumele prejudicate, inclusiv penalitatea, la conturile bancare/trezoreriale utilizate pentru gestionarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, din alte surse decât cele primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, cu operarea modificărilor în dările de seamă semestriale/anuale prezentate CNAM, în caz contrar sumele prejudicate vor fi reflectate în evidență 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, în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative, cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, prin reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit și pe fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatori prin conturi bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistență medicală la altul se permite cu condiția restituiri mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune, sumele nerestituite se consideră dezafectate.

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

## **VI. PROCEDURA DE ÎNCHEIERE A CONTRACTULUI ȘI TERMENUL DE VALABILITATE**

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

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

## **VII. MODIFICAREA ȘI REZOLUȚIUNEA CONTRACTULUI**

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

7.2. Contractul poate fi rezolvit de către Părțile contractante pentru neonorarea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de rezoluție cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește rezoluționea.

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

1) încalcarea esențială de către Prestator a obligațiilor sale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală;

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

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

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

5) refuzul Prestatorului de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale CNAM, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență finanțiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de CNAM, a documentelor medicale și administrative, precum și îngădarea 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 rezoluționea automată a Contractului.

## **VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEXECUTAREA 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 rezoluțunea Contractului.

## IX. CORESPONDENȚA

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

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

## X. ALTE CONDIȚII

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

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

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

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

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

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

## Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

### CNAM

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

### Prestatorul

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

## Semnăturile părților

CNAM



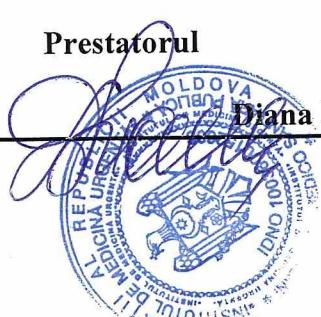
Ion Dodon

L.S.

Prestatorul

Diana Manea

L.S.



### Asistență medicală specializată de ambulator

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

1)

Nr. d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numărul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
<b>AMSP</b>				
<b>Buget global</b>				
1	Centrul Național de epileptologie	x	x	5 518 977.00
	<b>TOTAL:</b>	x		<b>5 518 977.00</b>
<b>STOM</b>				
1	BG stomatologie			610 935.00
	<b>TOTAL:</b>	x	x	<b>610 935.00</b>
	<b>ÎN TOTAL:</b>	x	x	<b>6 129 912.00</b>

2) Medicamente costisitoare

Denumire diagnostic/medicament	Suma
Epilepsie: DCI Carbamazapinum (comprimate cu eliberare prelungita) 200 mg,400 mg	4 519 193.00
<b>TOTAL</b>	<b>4 519 193.00</b>

3) Suma totală alocată pentru asistență medicală specializată de ambulator constituie **10 649 105 MDL**

CNAM

L.S.

Prestatorul

L.S.

### Asistență medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 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	18 000	8 077	2,7072	393 588 979,20
Chirurgie de zi	Per caz	2 400	8 077	1,2475	24 182 538,00
Reabilitare	Per caz	7	9 060		63 420,00
Reabilitare ortopedică	Per caz	319	9 930		3 167 670,00
Reabilitare neurologică	Per caz	113	12 470		1 409 110,00
Program special „Tratament operator pentru cataractă”	Per caz	1 050	5 051	2,6732	14 177 449,80
Program special „Protezări vasculare”	Per caz	90	8 077	7,7766	5 653 043,80
Program special „Chirurgie endovasculară”	Per caz	210	8 077	5,6253	9 541 465,10
Program special „Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale”	Per caz	270	8 077	8,8541	19 308 932,70
Program special „Protezarea aparatului locomotor”	Per caz	1 750	8 077	9,1776	129 723 081,60
Program special „Tratamentul intervențional în AVC ischemic acut”	Per caz	85	8 077	7,2334	4 966 054,60
Program special „Neuroradiologie intervențională”	Per caz	50	8 077	7,1834	2 901 016,00
Şedință hemodializă AMS	Per ședință	350	1 995		698 250,00
Sectia de internare/DMU	Buget global				41 366 478,00
Salarizare rezidenți	Plata retrospectivă				21 884 909,00
Serviciul AVIASAN	Buget global				24 476 400,00
<b>TOTAL</b>					<b>697 108 798,00</b>

2) Lista consumabilelor costisitoare:

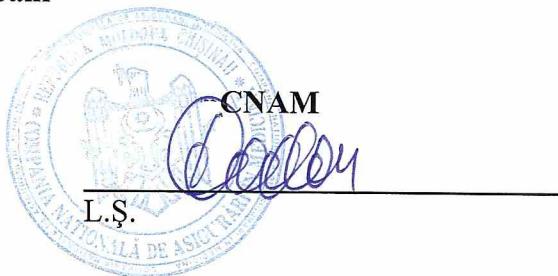
Denumirea consumabil costisitor:	Suma
Tijă humerală	
Cap humeral	
Insert humeral	
Glenosferă	
Glena metalică	
Cupă	
Insert	

Cap	
Tijă	
Cotil	
Şurub	
Bloc augmentar	
Componența femurală	
Componența tibială	
Componența 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 retriever pentru trombextractie	
Microcateter	
Set steril getabil	
Sistem de închidere percutant a orificiului de punctie	
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 punctie	
Stent	
Balon	
Dipozitiv recuperare corp străin	
Set înflator cu manometru	
Microsfere pentru embolizare	
Procedura de hemodiafiltrare continuă : cartuș filtru, kit	
<b>TOTAL</b>	<b>18 000 213,00</b>

3) Medicamente costisitoare

Denumire diagnostic/medicament	Suma
Accidentul vascular cerebral (AVC): DCI Alteplasum	
„Miastenia Gravis” și sindromul „Guillain-Barre”:	
DCI Immunoglobulinum humanum	
<b>TOTAL</b>	<b>1 754 951,00</b>

4) Suma totală alocată pentru asistență medicală spitalicească constituie **716 863 962 MDL 03 bani**



### Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

Nr d/o PU	Denumire serviciu	Cod SIP	Număr serviciu	Tarif	Suma
<b>Program Imagistica</b>					
199	Examens ecografic musculoskeletal al unei zone – articulație anatomică cu 2D în scară gri + Doppler	1050.50	36	266	9 576,00
201	Examens ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomică cu 2D în scară gri + Doppler	1050.53	4	266	1 064,00
	<b>Sumă totală alocată pentru program Imagistica</b>		<b>40</b>		<b>10 640,00</b>
<b>Program Pacient oncologic</b>					
266	Tomografia computerizată a abdomenului și bazinului în fază urografică, cu contrast, la aparat spiralat 16 Slices	1254.5	20	2 039	40 780,00
267	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului la aparat spiralat 64 Slices	1255.1	5	886	4 430,00
268	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului cu contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.2	3	1 634	4 902,00
269	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului fără contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.3	1	920	920,00
270	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului cu contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.4	1	1 931	1 931,00
271	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului fără contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.5	1	886	886,00
272	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului cu contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.6	100	1 895	189 500,00
273	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului fără contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.7	3	818	2 454,00
281	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a vertebrelor unei regiuni (cervicală/toracală/lombară) la aparat spiralat 64 Slices	1255.14	3	970	2 910,00
	<b>Sumă totală alocată pentru program Pacient oncologic</b>		<b>137</b>		<b>248 713,00</b>
<b>Program Rezonanță magnetică nucleară</b>					
361	Rezonanță magnetică nucleară a creierului la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.40	50	1 274	63 700,00
362	Rezonanță magnetică nucleară a creierului la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.41	15	2 458	36 870,00
363	Rezonanță magnetică nucleară a coloanei cervicale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.42	5	1 552	7 760,00
364	Rezonanță magnetică nucleară a coloanei cervicale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.43	1	2 409	2 409,00
365	Rezonanță magnetică nucleară a coloanei dorsale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.44	10	1 355	13 550,00
366	Rezonanță magnetică nucleară a coloanei dorsale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.45	1	2 506	2 506,00
368	Rezonanță magnetică nucleară a glandei pituitare la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.47	3	2 458	7 374,00
369	Rezonanță magnetică nucleară a coloanei lombo-sacrale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.48	60	1 185	71 100,00
370	Rezonanță magnetică nucleară a coloanei lombo-sacrale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.49	1	2 458	2 458,00
378	Rezonanță magnetică nucleară până la 1,5 Tesla a articulațiilor mari, 2 filme la aparat, fără contrast	1326.60	20	1 608	32 160,00
	<b>Sumă totală alocată pentru program Rezonanță magnetică nucleară</b>		<b>166</b>		<b>239 887,00</b>
<b>Program Tomografie computerizată</b>					
266	Tomografia computerizată a abdomenului și bazinului în fază urografică, cu contrast, la aparat spiralat 16 Slices	1254.5	200	2 039	407 800,00
267	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului la aparat spiralat 64 Slices	1255.1	70	886	62 020,00
268	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului cu contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.2	20	1 634	32 680,00
269	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului fără contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.3	100	920	92 000,00
270	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului cu contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.4	45	1 931	86 895,00
271	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului fără contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.5	10	886	8 860,00
272	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului cu contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.6	200	1 895	379 000,00
273	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului fără contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.7	10	818	8 180,00
274	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului cu contrast la aparat spiralat 64 Slices	1255.8	40	1 728	69 120,00
277	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor paranasale la aparat spiralat 64 Slices	1255.11	5	851	4 255,00

Nr d/o PU	Denumire serviciu	Cod SIP	Număr serviciu	Tarif	Suma
278	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor paranasale și a creierului la aparatul spiralat 64 Slices	1255.12	4	937	3 748.00
281	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a vertebrelor unei regiuni (cervicală/toracală/lombară) la aparatul spiralat 64 Slices	1255.14	10	970	9 700.00
295	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a aortei abdominale la aparatul spiralat 80 Slices	1255.73	10	3 131	31 310.00
296	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a aortei toracale la aparatul spiralat 80 Slices	1255.74	10	2 934	29 340.00
297	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a arterelor membrelor inferioare, la aparatul spiralat 80 Slices	1255.75	30	2 934	88 020.00
298	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a arterelor cerebrale la aparatul spiralat 80 Slices	1255.76	30	3 390	101 700.00
299	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a arterelor renale la aparatul spiralat 80 Slices	1255.77	10	2 934	29 340.00
300	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a arterelor carotide la aparatul spiralat 80 Slices	1255.78	30	2 934	88 020.00
301	Angiografia prin tomografia computerizată spiralată, cu imagine tridimensională a arterelor bazinului la aparatul spiralat 80 Slices	1255.79	2	2 934	5 868.00
<i>Suma totală alocată pentru program Tomografie computerizată</i>			836		<b>1 537 856.00</b>
<i>Suma totală alocată pentru serviciile medicale de înaltă performanță constituie</i>			1 179		<b>2 037 096.00</b>



### Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 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 2024 și a Normelor metodologice cu privire la elaborarea și aprobarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
2. Prestatorul, în vederea realizării obligațiunilor contractuală va utiliza obligatoriu Sistemul informațional automatizat „Asistență Medicală Primară” (SI AMP), precum și alte sisteme informaționale relevante.
3. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere pentru serviciile medicale prestate de alți prestatori, efectuate la trimitera 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.
4. Prestatorul va asigura prescrierea 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”.
5. Prestatorul este obligat să comunice Companiei în curs de 5 zile lucrătoare despre imposibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță contractate (inclusiv din cauza defectării aparatajului medical).
6. La realizarea cazurilor programate în cadrul programelor speciale „Protezarea aparatului locomotor” și/sau „Tratament operator pentru cataractă”, Prestatorul va respecta prevederile Ordinelor comune ale ministrului sănătății și directorului general al CNAM nr. 988/297-A /2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale” și nr.1004/670-A/ 2016 „Cu privire la aprobarea listei programelor de activitate spitalicească, Lista intervențiilor chirurgicale repartizate pe programe speciale, Listei consumabilelor costisitoare achitare suplimentar plătii per „caz tratat” în cadrul programelor speciale în sistemul DRG”. Cazurile interne de urgență vor fi atribuite la „Program general”.

