

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 2021

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – Companie), reprezentată de către dlui Ion Dodon, director general, care acționează în baza Statutului, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Institutul de Medicină Urgentă”**, reprezentată de către **dl Mihail Ciocanu, director** (în continuare - Prestator), 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:

2. Obiectul Contractului

- 2.1. Obiect al prezentului Contract 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 prezentul Contract.
- 2.2. Suma contractuală anuală este stabilită în mărime de **547 235 803 MDL 54 bani** (cinci sute patruzeci și șapte milioane două sute treizeci și cinci mii opt sute trei MDL 54 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele nr.1-4 la prezentul Contract.

3. Obligațiile părților

3.1. Prestatorul se obligă:

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

să verifice, la acordarea serviciilor medicale, statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând 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 asistență 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, utilizînd 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, asigurînd activitatea Prestatorului în cadrul întregului an de gestiune;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

să asigure respectarea Regulamentului privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratamentul în condiții de ambulator al persoanelor înregistrate la medicul de familie, aprobat prin 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 tîrziu decît la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată.

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

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

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

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

5. Responsabilitatea Părților contractante

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate Companiei prin prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a documentelor de plată cu indicarea pentru achitare a

serviciilor care de fapt nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală, în conformitate cu Programul unic, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile cînd 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 asistență medicală primară, asistență 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 trimis (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță. În cazul în care în urma evaluărilor va fi constatătă 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 complete 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 urmău a fi acordate și va restituî 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 sunt 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 neexecuțării 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 neexecuțării repetitive 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 celalătă 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 prelungeste 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 pînă la 31 decembrie 2022.

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

7. Modificarea, încetarea și rezilierea Contractului

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

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

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

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

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

în cazul refuzului Prestatorilor de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale Companiei, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență finanțiar-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. Corespondență

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 celelalte Părți contractante schimbarea survenită.

9. Alte condiții

9.1. Prezentul Contract este întocmit în două exemplare, a căte 14 pagini fiecare, cîte 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 judecătoarești 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 obligații ce reies din prezentul Contract agenților sale teritoriale (ramurale).

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

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

Compania

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

Prestatorul

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

Semnăturile părților

Compania

Ion Dodon

Prestatorul

Mihail Ciocanu



Anexa nr. 1
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

Asistență 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:

Nr d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numărul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
AMSP				
1) Buget global				
1	Centrul Național de Epileptologie			4 788 848.64
	TOTAL:	X	X	4 788 848.64
Suma totală pentru AMSP				4 788 848.64
Stom				
1) Buget global Stomatologie				
1	BG Stomatologie			435 826.78
	TOTAL:	X	X	435 826.78
Suma totală pentru Stomatologie				435 826.78
ÎN TOTAL:				5 224 675.42



Compania

Adon



Prestatorul

Cleooooooooooooo

Asistență 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	16 500	6 616	2.1285	
Program „Tratamentul pacienților confirmați cu Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)”	Per caz	2 500	8 932	5.1000	
Chirurgie de zi	Per caz	2 250	6 616	1.0220	365 120 066.00
Reabilitare	Per caz	100	7 960		
Reabilitare ortopedică	Per caz	200	8 860		
Reabilitare neurologică	Per caz	100	11 000		
Program special „Tratament operator pentru cataracta”	Per caz	900	5 054	2.6709	12 148 855.74
Program special „Protezări vasculare”	Per caz	50	6 616	7.7300	2 557 084.00
Program special „Chirurgie endovasculară”	Per caz	140	6 616	5.6969	5 276 696.66
Program special „Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale”	Per caz	200	6 616	7.3179	9 683 045.28
Program special „Protezarea aparatului locomotor”	Per caz	1 100	6 616	8.8973	64 750 990.48
Program special „Tratamentul intervențional în AVC ischemic acut”	Per caz	30	6616	3.9903	791 994.74
Şedință hemodializă AMS	Per ședință	300	1 995		598 500.00
Program special „Neuroradiologia intervențională”	Per caz	5	6 616	5.7812	191 242.10
Secția de internare/DMU	Buget global				32 406 000.00
Consumabile costisitoare AMS	Plata retrospectivă				5 288 870.10
Salarizare rezidenți	Plata retrospectivă				20 980 141.67
Serviciul AVIASAN	Buget global				18 455 963.89
Medicamente costisitoare AMS	Plata retrospectivă				1 518 491.46
TOTAL					539 767 942.12

2) Lista consumabilelor costisitoare:

Tijă humerală
Cap humeral
Insert humeral
Glenosferă
Glena metalică
Cupă
Insert
Cap
Tijă
Colit
Şurub
Bloc augmentar
Componență femurală
Componență tibială
Componență 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 trombextracție
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



Compania

Dodou



Prestatorul

L

Anexa nr. 3
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

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)
225	Examenul ecografic musculoskeletal al unei zone – articulație anatomică cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
227	Examenul ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomică cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
285	Tomografia computerizată a creierului fără contrast la aparat spiralat 16 Slices	714	
286	Tomografia computerizată a creierului cu contrast nonionic la aparat spiralat 16 Slices	1538	
287	Tomografia computerizată a toracelui și mediastinului fără contrast la aparat spiralat 16 Slices	822	
288	Tomografia computerizată a toracelui și mediastinului cu contrast nonionic la aparat spiralat 16 Slices	1538	
289	Tomografia computerizată a abdomenului fără contrast la aparat spiralat 16 Slices	757	
290	Tomografia computerizată a abdomenului cu contrast nonionic la aparat spiralat 16 Slices	1495	
291	Tomografia computerizată a bazinului fără contrast la aparat spiralat 16 Slices	714	
292	Tomografia computerizată a bazinului cu contrast nonionic la aparat spiralat 16 Slices	1495	
293	Tomografia computerizată a șeii turcești și a creierului la aparat spiralat 16 Slices	778	
294	Tomografia computerizată a șeii turcești și a creierului cu contrast nonionic la aparat spiralat 16 Slices	1538	
295	Tomografia computerizată a sinusurilor paranasale la aparat spiralat 16 Slices	714	
296	Tomografia computerizată a sinusurilor paranasale și a creierului la aparat spiralat 16 Slices	778	
297	Tomografia computerizată a nazofaringelui la aparat spiralat 16 Slices	714	
298	Tomografia computerizată a vertebrelor (2-3 segmente) la aparat spiralat 16 Slices	844	
299	Tomografia computerizată a articulațiilor sau a genunchiului la aparat spiralat 16 Slices	714	
300	Tomografia computerizată a femurului (gambei) la aparat spiralat 16 Slices	714	
301	Tomografia computerizată a articulațiilor talocrurale la aparat spiralat 16 Slices	714	
305	Tomografia computerizată a orbitelor la aparat spiralat 16 Slices	728	
306	Tomografia computerizată a abdomenului și bazinului în fază urografică, cu contrast, la aparat spiralat 16 Slices	2266	
307	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului la aparat spiralat 64 Slices	984	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
308	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1815	
309	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1022	
310	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	2146	
311	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	984	
312	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	2105	
313	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	909	
314	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1920	
315	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a șeii turcești și a creierului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	984	
316	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a șeii turcești și a creierului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1995	
317	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor paranasale la aparatul spiralat 64 Slices	946	
318	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor paranasale și a creierului la aparatul spiralat 64 Slices	1041	
319	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a nazofaringelui la aparatul spiralat 64 Slices	928	
320	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a vertebrelor (2-3 segmente) la aparatul spiralat 64 Slices	1078	
321	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a articulației genunchiului la aparatul spiralat 64 Slices	928	
322	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a articulației talocrurale la aparatul spiralat 64 Slices	965	
323	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a femurului (gambei) la aparatul spiralat 64 Slices	965	
337	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor bazinului mic	5019	
339	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor cerebrale	5019	
340	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor carotide	5019	
341	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor hepaticе, pancreaticе	5019	
342	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor pulmonare	5019	
343	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor membrelor	5019	
344	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor renale	5019	
399	Rezonanța magnetică nucleară a creierului la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1415	
400	Rezonanța magnetică nucleară a creierului la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	2731	
401	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei cervicale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1724	
402	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei cervicale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	2677	
403	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei dorsale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1505	
404	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei dorsale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	2784	
405	Rezonanța magnetică nucleară a glandei pituitare la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1681	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
406	Rezonanță magnetică nucleară a glandei pituitare la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	2731	
407	Rezonanță magnetică nucleară a coloanei lombosacrate la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1317	
408	Rezonanță magnetică nucleară a coloanei lombosacrale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	2731	
416	Rezonanță magnetică nucleară până la 1,5 Tesla a articulațiilor mari, 2 filme la aparat, fără contrast	1787	
417	Rezonanță magnetică nucleară până la 1,5 Tesla a articulațiilor mari, 2 filme la aparat, cu contrast	2903	
418	Rezonanță magnetică nucleară a orbitelor la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1317	
419	Rezonanță magnetică nucleară a orbitelor la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	2572	
420	Rezonanță magnetică nucleară a sinusului paranasal la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1317	
421	Rezonanță magnetică nucleară a sinusului paranasal la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	2677	
447	Imagistica prin rezonanță magnetică a țesuturilor moi ale gâtului, 1,5 Tesla	1 728	
448	Imagistica prin rezonanță magnetică a țesuturilor moi ale gâtului cu contrast, 1,5 Tesla	3 734	
Suma totală alocată pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie			2 243 186.00

Inclusiv:

Suma în limitele căreia urmează a fi decontate serviciile medicale prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”	1 345 912.00
Suma maximă în limitele căreia pot fi decontate în baza biletului de trimitere 027/e.	897 274.00



Compania

Dodon

L.S.



Prestatorul

Bellelles

Condiții 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. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice 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.

3. Prestatorul va dezvolta capacitatea instituției pentru asigurarea prescrierii 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”.

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

5. Prestatorul poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea cotei minime prevăzute în Normele metodologice a cheltuielilor pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimitera 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 (aprobată) și va înregistra sold de mijloace bănești la sfîrșitul 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.

6. 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 aprobată 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).

7. La realizarea cazurilor programate în cadrul programului special „Protezarea aparatului locomotor” se aplică prederile Ordinelor comune ale MSMPS și CNAM nr. 988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale” și nr.1004/670-A din 15.12.2016 „Cu privire la parobarea listei programelor de activitate spitalicească, Lista intervențiilor chirurgicale repartizate pe programe speciale, Listei consumabilelor costisitoare achitare suplimentar plășii per „caz tratat” în cadrul programelor speciale în sistemul DRG” cu modificările și completările ulterioare. Cazurile tratate de urgență vor fi atribuite „Programului general”.

8. Pe masura utilizării medicamentului din categoria medicamente cotisitoare (Alteplasum) menționat în Anexa nr.2 la Contract, Prestatorul va prezenta trimestrial darea de seamă personificată privind utilizarea medicamentului (formularul nr.1-27/d) din cadrul asistenței medicale spitalicești în

conformitate cu prevederile Ordinului comun al MS și CNAM nr. 198/86-A/2014, cu modificările și completările ulterioare, precum și alte acte doveditoare la cererea Companiei.

9. 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.

10. La realizarea cazurilor programate în cadrul programului special „Protezarea aparatului locomotor” se aplică prederile Ordinelor comune ale MSMPS și CNAM nr. 988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de aşteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale” și nr.1004/670-A din 15.12.2016 „Cu privire la parobarea listei programelor de activitate spitalicească, Lista intervențiilor chirurgicale repartizate pe programe speciale, Listei consumabilelor costisitoare achitare suplimentar plății per „caz tratat” în cadrul programelor speciale în sistemul DRG” cu modificările și completările ulterioare. Cazurile tratate interne de urgență vor fi atribuite „Programului general”.



L.S.



L.S.