Aprobat
prin Hotărîrea Guvernului
Republicii Moldova
nr.1636 din 18 decembrie 2002

CONTRACT
de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală
nr.05-08/50

mun.Ungheni **"31" decembrie 2021**

1. Părţile contractante

Compania Naţională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **Agenţia Vest,** (în continuare - Agenţie) în persoana dlui **Belbas Oleg, director**, care acţionează în baza **Statutului**, şi **Instituţia medico-sanitară publică „Spitalul Raional Nisporeni"**, reprezentată de către **dna Crăciun Lidia, director,** (în continuare - **Prestator**), care acţionează în baza **Regulamentului** au încheiat Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală (în continuare - Contract), convenind asupra următoarelor:

2. Obiectul contractului

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

2.2. Suma contractuală anuală este stabilită în mărime de **46 325 088 MDL 69 bani** (patruzeci şi şase milioane trei sute douăzeci şi cinci mii optzeci şi opt MDL 69 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistenţă medicală este specificat în anexele nr. 1-4 ale prezentului Contract.

3. Obligaţiile părţilor

3.1. Prestatorul se obligă:

să acorde persoanelor asistenţă medicală calificată şi de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic şi prezentul Contract (cu anexele respective), inclusiv prin încheierea unor contracte cu alţi prestatori, care activează în conformitate cu legislaţia, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a acestuia, conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic şi cerinţelor Protocoalelor Clinice Naţionale;

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

să asigure confidenţialitatea informaţiei cu privire la starea sănătăţii persoanei, cu excepţia cazurilor prevăzute de lege;

să elibereze pacienţilor în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere la specialiştii de profil;

să verifice, la acordarea serviciilor medicale, statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesînd baza de date a Companiei şi 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 asistenţei medicale persoanelor în caz de urgenţă, iar cheltuielile pentru asistenţa medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor efectua în condiţiile art.5

alin.(4) din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală;

să acorde servicii medicale persoanelor, utilizînd formele cele mai econome şi eficiente de diagnostic şi tratament;

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

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

să ţină la un loc vizibil şi accesibil persoanelor registrul, numerotat, broşat şi parafat de Companie, al sesizărilor, propunerilor şi reclamaţiilor persoanelor asigurate;

să planifice proporţional, pe parcursul anului, în limita sumei contractate, volumul şi spectrul de servicii medicale, asigurînd activitatea Prestatorului în cadrul întregului an de gestiune;

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

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

să ţină evidenţa şi să completeze corect şi la timp registrul persoanelor, cărora li s-a acordat asistenţă medicală, prezentînd Companiei lunar, nu mai tîrziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistenţă medicală acordat, conform modelului aprobat de Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale şi Companie, pe tipuri de asistenţă medicală;

să prezinte dările de seamă pentru luna decembrie/trimestrul IV şi 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, informaţia privind cazurile tratate cu leziuni corporale şi alte maladii pricinuite persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice şi juridice, după modelul solicitat de Companie;

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

să comunice Companiei, în termen de cel mult 3 zile după adoptarea deciziei, despre întreruperea activităţii sau anularea licenţei, reorganizarea sau lichidarea instituţiei, iniţierea procesului de insolvabilitate, pentru ca Compania să poată încheia contracte cu altă instituţie medicală;

să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic şi tratament şi ale protocoalelor clinice aprobate de Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale;

să utilizeze sistemele informaţionale ale Ministerului Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale şi Companiei, prezentînd şi preluînd rapoarte şi alte date prevăzute de actele normative în vigoare şi de prezentul contract;

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

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

să-şi reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocaţiile fondatorului şi mijloacele financiare obţinute în conformitate cu legislaţia în vigoare;

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

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

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

să asigure completarea formularului de reţetă pentru prescrierea şi eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală în conformitate cu Instrucţiunea de completare a reţetei pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, aprobată prin ordinul comun al organului central de specialitate al administraţiei publice în domeniul respectiv şi Compania Naţională 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 şi în limitele prezentului Contract;

să verifice corespunderea cu clauzele Contractului a volumului, termenelor, calităţii şi costului asistenţei medicale acordate persoanelor, precum şi gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, în limita serviciilor contractate.

4. Costul serviciilor, termenul şi modul de achitare

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

4.2. Compania achită lunar sau trimestrial, în dependenţă de mijloacele financiare disponibile Prestatorului serviciile acordate, conform dărilor de seamă şi facturilor de plată, dar nu mai mult de volumul prevăzut în prezentul Contract şi 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 instituţiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistenţă medicală este prevăzută achitarea în avans, Compania efectuează lunar, în limitele mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăţi 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 depăşi suma calculată în baza dărilor de seamă acceptate pentru serviciile prestate, conform prezentului Contract, diferenţa obţinută va fi reţinută 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 asistenţă medicală poate fi revăzut în partea majorării sau micşorării lui în dependenţă de activitatea Prestatorului şi a posibilităţilor financiare ale Companiei.

4.7. Descrierea detaliată a modalităţii de achitare a serviciilor medicale este prevăzută anual în Criteriile de contractare a instituţiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

5. Responsabilitatea Părţilor 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 asistenţă medicală, în conformitate cu Programul unic, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie şi cazurile cînd serviciile au fost prestate sub nivelul

cerut al calităţii şi calificării, inclusiv condiţionarea procurării de către pacient a medicamentelor, investigaţiilor şi achitarea altor plăţi nelegitime.

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

5.2[1]. Prestatorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară, asistenţa medicală specializată de ambulator şi asistenţă medicală spitalicească poartă responsabilitate pentru:

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

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

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

nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor şi 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 reţine diferenţa de cost al cazurilor de pînă la şi după auditul codificării din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.

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

5.3[1].Nu se admite dezafectarea de către Prestatori a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală pentru alte scopuri decît cele pentru care sînt stabilite conform legislaţiei şi prezentului Contract. Pentru sumele dezafectate, depistate în urma evaluărilor şi monitorizărilor efectuate, se va percepe suma dezafectată şi 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 legislaţie, care se va transfera la conturile Companiei.

5.3[2]. Prestatorul poartă responsabilitate pentru neexecutarea pretenţiilor înaintate în urma evaluării efectuate. În cazul neexecutării în termenul stabilit a pretenţiilor înaintate, prestatorului i se va aplica o penalitate de 1% din suma menţionată în pretenţie, cu aplicarea unui nou termen de executare a acesteia. În cazul neexecutării repetate a pretenţiei, Compania va aplica o penalitate de 2% din suma înaintată în ultima pretenţie.

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 întîrziere.

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

Partea nominalizată trebuie să anunţe cealaltă Parte, în termen de 5 zile, despre apariţia respectivului caz de forţă majoră, precum şi despre încetarea acestuia;

dacă nu procedează la anunţarea, în termenele prevăzute mai sus, a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, Partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte Părţi prin neanunţarea în termen;

în cazul în care acţiunea forţei majore se prelungeşte 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 şi justificate documentar care, fiind incluse în costul serviciilor medicale prestate, au fost achitate de Companie conform prezentului Contract.

6. Procedura de încheiere a Contractului şi termenul de valabilitate

6.1. Prezentul Contract se consideră încheiat din data semnării lui de către Părţi şi devine valabil de la 1 ianuarie 2022 pînă la 31 decembrie 2022.

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

7. Modificarea, încetarea şi rezilierea Contractului

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

7.2. Prezentul Contract poate fi reziliat din iniţiativa 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 obligaţiilor sale stipulate în prezentul Contract;

în caz de iniţiere a procesului de insolvabilitate, dizolvare, reorganizare, retragere sau expirare a licenţei sau a certificatului de acreditare a Prestatorului precum şi a autorizaţiei sanitare de funcţionare;

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

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

7.3. Prezentul Contract poate fi reziliat de către Părţile contractante pentru neonorarea obligaţiilor contractuale, cu condiţia notificării intenţiei de reziliere cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte rezilierea.

7.4. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislaţiei ce reglementează sistemul ocrotirii sănătăţii, modul de acordare a asistenţei medicale sau condiţiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, Părţile contractante se obligă în termen de 30 de zile calendaristice din data survenirii modificărilor să modifice prezentul Contract prin acorduri adiţionale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiţionale în termenul stabilit în prezentul subpunct va servi drept temei pentru rezilierea automată a Contractului.

8. Corespondenţa

8.1. Corespondenţa ce ţine de derularea prezentului Contract se efectuează în scris prin poştă, fax, curier sau în format electronic la adresele de corespondenţă menţionate în rechizitele Contractului.

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

9. Alte condiţii

9.1. Prezentul Contract este întocmit în două exemplare, a cîte 6 pagini fiecare, cîte unul pentru fiecare Parte, cu aceeaşi putere juridică.

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

9.3. Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă ţin de competenţa instanţelor judecătoreşti abilitate conform legislaţiei în vigoare.

9.4. Părţile contractante convin asupra faptului că orice obiecţie asupra executării prezentului Contract va fi expediată în formă scrisă şi Părţile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile din data recepţionării pretenţiei.

9.5. Compania poate delega unele drepturi şi obligaţiuni ce reies din prezentul Contract agenţiilor sale teritoriale (ramurale).

9.6 Anexele nr.1- 5 constituie parte integrantă a prezentului Contract.

Adresele juridice şi rechizitele bancare ale Părţilor

Compania	**Prestatorul**
Compania Naţională de Asigurări în Medicină mun. Chişinău, str.Vlaicu Pîrcălab,46 cod fiscal 1007601007778	IMSP „Spitalul Raional Nisporeni" or. Nisporeni, str. T.Ciorbă nr.5 IDNO 1003609150340

Semnăturile părţilor

Compania	**Prestatorul**
Belbas Oleg	**Crăciun Lidia**
(numele reprezentantului Companiei)	(numele reprezentantului Instituţiei medicale)
L.Ş.	L.Ş.

Anexa nr. 1
la Contractul de acordare a asistentei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenta medicala nr. 95-08/50
din 31 decembrie 2021

Asistenţa Medicală Specializată de Ambulator

In conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2022 Prestatorului i se planifica următorul volum de asistenţa medicală specializată de ambulator:

Nr. d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numarul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
	AMSP			
	1) Per capita			
1	AMSP per capita	217.06	32 006	6 947 222.36
	TOTAL:	**X**	**32 006**	**6 947 222.36**
	2) Plata retrospectiva per serviciu în limitele bugetului contractat			
1	Tbc AMSA			639 026.75
	TOTAL:	**X**		**639 026.75**
Suma totala pentru AMSP				**7 586 249.11**
			IN TOTAL:	**7 586 249.11**

Compania

L.Ş.

Prestatorul

L.Ş.

Anexa nr. 2
la Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală nr. 05-03/50
din 31 decembrie 2021

Asistenţa medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2022 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistenţă medicală spitalicească, achitat de Companie:

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	Tarif	ICM	Suma
Program general	Per caz	3 850	5 598	1,1763	37 057 695,58
Program special „Infectia cu Coronovirusul de tip nou (COVID-19)"	Per caz	180	8 932	2,9893	
Chirurgie de zi	Per caz	200	5 598	1,0397	
Geriatrie	Per caz	800	5 437		
Reabilitare	Per caz	200	6 930		
Secţia de internare/DMU	Buget global				621 847,00
TOTAL					**37 679 542,58**

Compania

L.Ş.

Prestatorul

L.Ş.

Anexa nr. 3
la Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală nr. 05-08/50
din 31 decembrie 2021

Servicii medicale de înaltă performanţă

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

1) Pentru serviciile medicale de înaltă performanţă menţionate în pct.63 a Criteriilor de contractare:

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
193	Monitoringul ambulatoriu multifuncţional – ECG 12 derivaţii, TA pneumograma	490	
216	Examenul ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	311	
269	Ecocardiografia (M, 2D, Doppler, Doppler Color)	337	
472	Esofagogastroduodenofibroscopia diagnostică cu determinarea germenului Helicobacter Pylori	334	
Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanţă constituie			**174 297.00**

Inclusiv:	
Suma în limitele căreia urmează a fi decontate serviciile medicale prin intermediul Sistemului Informaţional „Raportarea şi evidenţa serviciilor medicale”	**104 578.00**
Suma maximă în limitele căreia pot fi decontate în baza biletului de trimitere 027/e	**69 719.00**

Compania

L.Ş.

Prestatorul

L.Ş.

Anexa nr. 4
la Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală nr. 05-08/50
din 31 decembrie 2021

Servicii medicale paliative

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

Profil	Metoda de plată	Numărul servicii	Tarif	Suma (lei)
Servicii îngrijiri paliative prestate în condiţii de spital (hospice)	Per zi-pat	1000	885	885 000,00
TOTAL		**X**	**X**	**885 000,00**

Compania

L.Ş.

Prestatorul

L.Ş.

Anexa nr. 5
la Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală nr. 05-08/50
din 31 decembrie 2021

Condiţii speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2022 Părţile 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 asistenţă medicală pentru anul 2022 şi a Normelor metodologice cu privire la elaborarea şi aprobarea devizului de venituri şi cheltuieli (business-plan) şi gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală de către prestatorii de servicii medicale încadraţi în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală (în continuare – Norme metodologice).

2. Prestatorul va ţine evidenţa biletelor de trimitere pentru investigaţiile paraclinice prestate de alţi prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic, precum şi evidenţa biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată şi serviciile medicale de înaltă performanţă incluse în capitolele I-III din Anexa nr. 5 la Programul unic.

3. Prestatorul va dezvolta capacităţile instituţiei pentru asigurarea prescrierii serviciilor medicale de înaltă performanţă 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 Informaţional „Raportarea şi evidenţa serviciilor medicale".

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

5. Prestatorul poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea cotei minime prevăzute în Normele metodologice a cheltuielilor pentru investigaţiile paraclinice prestate de alţi prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic. În cazul în care Prestatorul nu va valorifica cotele planificate (aprobate) şi va înregistra sold de mijloace băneşti la sfîrşitul perioadei de gestiune (ţinînd cont de datoriile debitoare şi creditoare), Compania va reţine diferenţa dintre suma planificată şi 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 asistenţă medicală* şi întru executarea Ordinului comun MSMPS şi CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014, *cu privire la aprobarea formularelor de evidenţă medicală primară şi dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală,* şi în scopul realizării acţiunilor de regres de către CNAM pentru recuperarea cheltuielilor suportate pentru acordarea asistenţei medicale persoanelor asigurate cărora le-a fost cauzat prejudiciu sănătăţii de către persoane juridice sau fizice, prestatorul de servicii medicale va prezenta pînă la data de 5 a lunii ce succede luna de gestiune, informaţia privind cazurile de leziuni corporale şi alte maladii cauzate persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice şi juridice, conform formularelor aprobate prin Ordinul comun MSMPS şi CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014 (modificat prin Ordinul comun MSMPS şi CNAM nr.1299/373-A din 30.12.2020).

7. 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.

8. În cazul serviciilor de îngrijiri paliative/ hospice, numărul mediu de zile de îngrijire pe an „per pacient" nu va depăşi 30 zile.

Compania

L.Ş.

Prestatorul

L.Ş.